



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

**A METODOLOGIA ATIVA E A MEDIAÇÃO DE GÊNERO NA FORMAÇÃO
SUPERIOR EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DE DOCENTES DO BRASIL E DE
PORTUGAL**

ROXANE DE ALENCAR IRINEU

SÃO CRISTÓVÃO (SE)

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

**A METODOLOGIA ATIVA E A MEDIAÇÃO DE GÊNERO NA FORMAÇÃO
SUPERIOR EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DE DOCENTES DO BRASIL E DE
PORTUGAL**

ROXANE DE ALENCAR IRINEU

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Santana Cruz.

SÃO CRISTÓVÃO (SE)

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO




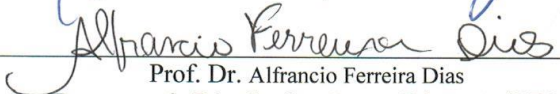
ROXANE DE ALENCAR IRINEU

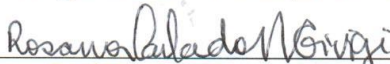
A METODOLOGIA ATIVA E A MEDIAÇÃO DE GÊNERO NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM
SAÚDE: PERSPECTIVAS DE DOCENTES DO BRASIL E DE PORTUGAL

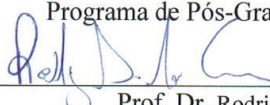
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe e aprovada pela Banca Examinadora.

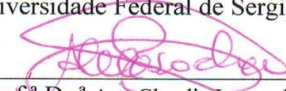
Aprovada em 22.03.2018

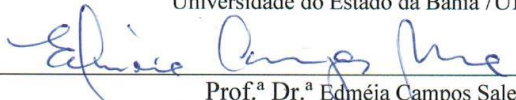

Prof.ª Dr.ª Maria Helena Santana Cruz (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Educação/UFS

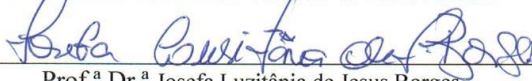

Prof. Dr. Alfrancio Ferreira Dias
Programa de Pós-Graduação em Educação/UFS


Prof.ª Dr.ª Rosana Carla do Nascimento Givigi
Programa de Pós-Graduação em Educação/UFS


Prof. Dr. Rodrigo Dornelas do Carmo
Universidade Federal de Sergipe /UFS


Prof.ª Dr.ª Ana Claudia Lemos Pacheco
Universidade do Estado da Bahia /UESB


Prof.ª Dr.ª Edméia Campos Sales
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia /UESB


Prof.ª Dr.ª Josefa Luzitânia de Jesus Borges
Secretaria Estadual de Educação de Sergipe /SEED

SÃO CRISTÓVÃO (SE)
2018

A Delza e Alencar, meus amados pais, responsáveis pela minha feliz existência no mundo e na academia, minha eterna gratidão pelo cuidado e amor.

Ao meu sempre pequeno filho, Isaac, que é uma das grandes razões da minha força e vontade de crescer, agradeço por trazer mais alegria e felicidade para todos os dias da minha vida.

Aos meus queridos irmãos, Cazim e Morgana, pelo amor incondicional.

Ao meu amor, Christian Boudou, por existir na minha vida trazendo emoção à minha razão.

AGRADECIMENTOS

À professora Dr^a Maria Helena Santana Cruz, zelosa e competente orientadora, minha inspiração no engajamento feminista.

À professora Dr^a Isabel Menezes, orientadora na Universidade do Porto, vínculo enriquecedor vivenciado no período do Doutorado Sanduíche.

Ao professor Dr. Alfrâncio Dias, por sua amizade e ensinamentos.

À Mariana Dórea e Danilo Oliveira, pela amizade singular fruto dos estudos de gênero na pós-graduação, pelos gratos momentos de felicidades regados à café com letras.

Aos amigos do grupo de pesquisa "Educação, formação, processo de trabalho e relações de gênero" que compartilharam comigo suas experiências e conhecimentos científicos.

À amiga Amanda Amorim, grato encontro viabilizado pela Universidade do Porto.

Aos amigos do Departamento de Fonoaudiologia que compreenderam minha necessidade de capacitação, autorizando o meu afastamento.

Aos professores do Brasil e de Portugal que se disponibilizaram a participar das entrevistas e compartilharam um pouco dos seus sucessos, dilemas e aprendizados na academia.

À Capes, pelo importante apoio financeiro recebido durante o período do Doutorado Sanduíche em Portugal.

Ao Kiki, zeloso leitor, pela criteriosa correção final desta tese.

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir. (FOUCAULT, 1994).

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar, sob a abordagem de gênero, a experiência de docentes no processo de formação no ensino superior com base na utilização de Metodologia Ativa desenvolvida na área da Saúde no Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e em Instituições de Ensino Superior de Portugal. Especial destaque foi atribuído às perspectivas dos/as profissionais quanto à integração entre a Metodologia Ativa e a abordagem de gênero/diversidade na formação em saúde. O estudo de natureza qualitativa e inspiração pós-estruturalista, desenvolveu-se com base em fontes de informação teóricas e documentais, priorizando-se a realização de entrevistas semiestruturadas com 14 docentes (oito mulheres e seis homens), dos cursos de graduação em saúde do campus de Saúde de Lagarto/Brasil na UFS, e da Escola Superior de Saúde do Porto (ESS), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e da Escola de Medicina da Universidade do Minho (EM-UM) em Braga/Portugal. Os/as docentes integram os cursos/departamentos de Educação em Saúde, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. No Brasil e em Portugal os resultados evidenciam ressignificações dos/as docentes quanto às suas práticas profissionais a partir da experiência com a Metodologia Ativa, uma estrutura de ensino oposta ao paradigma transmissionista, fato que questiona o papel tradicional do professor e as relações de poder presentes na academia. Entretanto, os discursos revelam que a formação em saúde ainda é fortemente influenciada pelo paradigma clássico/tecnicista, dualista, biologizante e de objetivação do processo de saúde. Com relação à vinculação dos fatores ligados a gênero no ensino superior em saúde, observou-se maior distanciamento dos/as docentes de Portugal comparativamente aos docentes do Brasil. Ainda que a transversalização de gênero nas práticas e políticas de educação e saúde seja algo premente, esta discussão carece de mais atenção na formação em saúde no Brasil e em Portugal. É consensual que a introdução da Metodologia Ativa, o contato e o vínculo com a comunidade, a multiplicidade de cenários sociais e culturais, favoreceu uma melhor compreensão das demandas e aspectos sociais por parte do profissional que atua nas realidades investigadas. Não obstante a Metodologia Ativa favorecer a inserção de novos conteúdos sociais às aulas, a leitura crítica de fatores mediadores de gênero por suas características ligadas à flexibilidade, reflexão, criticidade, vinculação com o social, persiste a naturalização de papéis, a invisibilidade quanto às desigualdades de gênero, presentes na vida profissional e pessoal dos/as docentes. Infere-se que a formação superior em Saúde expressa lacunas que questionam mudanças substanciais no processo de formação, nos conteúdos e práticas de ensino na luta contra o sexismo, o racismo e a homofobia, com vistas a formar um profissional apto a olhar para o outro sem distinção e com mais compaixão, contemplando a integralidade das ações em saúde.

Palavras-chave: Ensino superior. Gênero. Metodologia Ativa. Saúde.

ABSTRACT

This research had as objective to analyse under the gender approach the experience of teachers in the process of training in higher education based on the use of Active Methodology developed in the area of Health in the Campus Prof. Antônio Garcia Filho of the Federal University of Sergipe and IES of Portugal. Special emphasis was given to the perspectives of professionals as to the integration between the Active Methodology and the approach of gender/diversity in health training. The study of qualitative nature and poststructuralist inspiration, was developed based on theoretical and documentary sources of information, prioritizing the accomplishment of semi-structured interviews with 14 teachers (eight women and six men) from undergraduate health courses at the campus of Health of Lagarto/Brazil in Federal University of Sergipe, as well as the Porto Higher Education School, the Porto Nursing School and the School of Medicine of University of Minho in Braga/Portugal. The teachers integrate the courses / departments of Education in Health, Nursing, Physiotherapy, Speech Therapy, Medicine, Nutrition, Dentistry and Occupational Therapy. In Brazil and Portugal, the results show teachers' re-significances regarding their professional practices from the experience with the Active Methodology, a teaching structure opposed to the transmissionist paradigm, a fact that questions the traditional role of the teacher and the present power relations at the academy. However, the discourses reveal that health education is still strongly influenced by the classic / technical, dualistic, biologizing paradigm and objectification of the health process. Regarding the linkage of gender factors in higher education in health, there was a greater distance from Portuguese teachers compared to teachers in Brazil. Although gender mainstreaming in education and health policies and practices is a pressing issue, this discussion needs more attention in health education in Brazil and Portugal. It is consensual that the introduction of the Active Methodology, the contact and the bond with the community, the multiplicity of social and cultural scenarios, favored a better understanding of the demands and social aspects on the part of the professional that acts in the researched realities. Although the Active Methodology favors the insertion of new social contents to the classes, the critical reading of factors mediating gender due to their characteristics linked to flexibility, reflection, criticism, social linkage, the naturalization of roles persists, invisibility regarding inequalities of gender, present in the professional and personal life of teachers. It is inferred that the higher education in Health expresses gaps that question substantial changes in the formation process, in the contents and teaching practices in the fight against sexism, racism and homophobia, with a view to forming a professional able to look at the other without distinction and with more compassion, contemplating the integrality of the actions in health.

Keywords: Higher Education. Gender. Active Methodology. Health.

RÉSUMÉ

Cette recherche a analysé, sous l'approche genre, l'expérience des enseignants dans le processus de formation dans l'enseignement supérieur basé sur l'utilisation de la Méthodologie Active développée dans le domaine de la santé dans le Campus Prof. Antônio Garcia Filho de l'Université Fédérale de Sergipe (UFS) et dans les Établissements d'Enseignement Supérieur du Portugal. Une attention particulière a été accordée aux perspectives des professionnels quant à l'intégration entre la Méthodologie Active et l'approche de genre/diversité dans la formation en santé. L'étude de nature qualitative et d'inspiration poststructuraliste a été développée à partir de sources d'information théoriques et documentaires, avec des entretiens semi-structurés avec 14 professeurs (huit femmes et six hommes), des cours du premier cycle en santé (ESS), l'École des Sciences Infirmiers de Porto (ESEP) et l'École de Médecine de l'Université du Minho (EM-UM) à Braga/Portugal. Les professeurs intègrent les cours/départements de l'Éducation en Santé, Soins Infirmiers, Physiothérapie, Orthophonie, Médecine, Nutrition, Dentisterie et Ergothérapie. Au Brésil et au Portugal, les résultats montrent les re-significations des enseignants concernant leurs pratiques professionnelles à partir de l'expérience avec la Méthodologie Active, une structure d'enseignement opposée au paradigme transmissionniste, fait qui met en question le rôle traditionnel de l'enseignant et les relations de pouvoir existant dans les universités. Cependant, les discours révèlent que l'éducation en santé est encore fortement influencée par le paradigme classique/technique, dualiste, biologisant et d'objectivation du processus de santé. En ce qui concerne le lien entre les facteurs liés au genre dans l'enseignement supérieur en santé, il y a eu une plus grande distance des enseignants portugais par rapport aux enseignants au Brésil. Bien que l'intégration de la dimension de genre dans les politiques et les pratiques en matière d'éducation et de santé soit une question urgente, cette discussion doit faire l'objet d'une plus grande attention dans l'éducation sanitaire au Brésil et au Portugal. Il est consensuel que l'introduction de la Méthodologie Active, le contact et le lien avec la communauté, la multiplicité des scénarios sociaux et culturels, a favorisé une meilleure compréhension de la demande et des aspects sociaux de la part du professionnel qui agit dans les réalités étudiées. Bien que la Méthodologie Active favorise l'insertion de nouveaux contenus sociaux dans les classes, la lecture critique des facteurs médiateurs de genre du fait de leurs caractéristiques liées à la flexibilité, la réflexion, la criticité, le lien avec le social, la naturalisation des rôles persiste, l'invisibilité des inégalités de genre, présent dans la vie professionnelle et personnelle des enseignants. On en déduit que l'Enseignement Supérieur en Santé exprime des lacunes qui remettent en question des changements substantiels dans le processus de formation, dans les contenus et les pratiques pédagogiques dans la lutte contre le sexisme, le racisme et l'homophobie, en vue de former un professionnel capable de travailler l'autre sans distinction et avec plus de compassion, en contemplant l'intégralité des actions en santé.

Mots-clés: Enseignement supérieur. Genre. Méthodologie Active. Santé.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ANDES	Sindicato Nacional de Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANPED	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CWDI	Corporate Women Directors International
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EM-UM	Escola de Medicina da Universidade do Minho
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESS	Escola Superior de Saúde
FESO	Fundação Educacional Serra dos Órgãos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LDBN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PBL	Problem Based Learning
PEC	Prática de Ensino na Comunidade
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIBIX	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Extensão

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROMED	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SACI	Saúde e Cidadania
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	União Europeia
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNIT	Universidade Tiradentes
UFS	Universidade Federal de Sergipe
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Instituição de Ensino Superior (IES), departamento e cargo.....	33
Quadro 2	A idade e o estado civil.....	33

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
A PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO.....	15
QUESTÕES NORTEADORAS.....	23
OBJETIVOS.....	23
METODOLOGIA.....	25
ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO.....	36
 CAPÍTULO 1 – REFLEXÕES SOBRE O MUNDO DO TRABALHO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	 38
1.1 TRABALHO E SISTEMAS PRODUTIVOS.....	39
1.2 DIVISÃO SOCIAL E SEXUAL DO TRABALHO.....	43
1.3 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL COM BASE NO MODELO DE COMPETÊNCIAS..	47
1.4 TRABALHO EM SAÚDE E O TRABALHO DOCENTE.....	50
 CAPÍTULO 2 - BASES FILOSÓFICAS E POLÍTICAS DA METODOLOGIA ATIVA NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE.....	 55
2.1 BASES HISTÓRICA E FILOSÓFICA DA METODOLOGIA ATIVA.....	57
2.2 BASES POLÍTICAS DA METODOLOGIA ATIVA.....	64
2.2.1 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.....	64
2.2.2 Diretrizes Curriculares Nacionais.....	65
2.2.3 Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas PROMED.....	68
2.2.4 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ SAÚDE.....	68
 CAPÍTULO 3 – GÊNERO E IGUALDADE DE DIREITOS.....	 71
3.1 BREVE RETROSPECTO DO MOVIMENTO FEMINISTA NA LUTA POR IGUALDADE DE DIREITOS E CONTRA O PODER PATRIARCAL.....	71
3.2 DESNATURALIZAÇÃO DOS PAPÉIS HISTORICAMENTE IMPOSTOS AO HOMEM E À MULHER E NOVAS IDENTIDADES SOCIAIS.....	81
 CAPÍTULO 4 – DA IDENTIDADE SOCIAL À IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	 86

CAPÍTULO 5 – A EXPERIÊNCIA DOCENTE EM EDUCAÇÃO E GÊNERO MEDIATIZADA PELA METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	95
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS/AS DOCENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	95
5.2 SUBJETIVAÇÃO DOCENTE A PARTIR DA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA ATIVA: DISCURSO EMANCIPADOR.....	100
5.2.1 Demandas sociais e educacionais vinculadas às Metodologias Ativas na docência.....	101
5.2.2 Integração entre o método e a realidade social.....	108
5.2.3 Potencialidades do método.....	113
5.2.4 Fragilidades do método.....	117
5.2.5 Reconstrução da identidade profissional.....	122
5.3 PERSPECTIVA DOS/AS DOCENTES QUANTO À INTEGRAÇÃO DA ABORDAGEM GÊNERO/DIVERSIDADE COM A METODOLOGIA ATIVA.....	127
5.3.1 Familiaridade docente com a temática de gênero.....	127
5.3.2 Gênero como variável relevante para a saúde.....	132
5.3.3 Inclusão da diversidade e da abordagem de gênero no conteúdo programático.....	138
5.3.4 Leitura crítica sobre fatores mediadores de gênero.....	148
5.3.5 Relações de poder.....	151
5.3.5.1 Negação da desigualdade de gênero.....	152
5.3.5.2 Afirmação da desigualdade de gênero.....	155
5.3.5.3 Divisão sexual do trabalho: segregação vertical.....	156
5.3.5.4 Divisão sexual do trabalho: segregação horizontal.....	161
5.3.5.5 Divisão sexual do trabalho: desqualificação do trabalho feminino.....	162
5.3.5.6 Divisão sexual do trabalho: difícil conciliação entre carreira e família.....	165
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	171
REFERÊNCIAS.....	177
APÊNDICES.....	187
1.Roteiro de entrevista	187
2.Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	189
ANEXO.....	190
1.Manual do tutor.....	190

INTRODUÇÃO

A PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

Aspectos relativos à formação profissional surgem de forma incisiva a partir das transformações das sociedades contemporâneas e exige do trabalho em Saúde Pública, de uma maneira especial, uma ressignificação das ações profissionais. Será abordado neste texto aspectos da formação superior em saúde, em conexão com as principais transformações metodológicas no ensino, com ênfase na apreciação das políticas de gênero em articulação com as políticas públicas de saúde. As políticas de gênero são colocadas hoje como tema transversal a todos os setores da sociedade e pauta em todas as políticas de inclusão social, da valorização e reconhecimento de sujeitos excluídos socialmente e de identidades diferentes e encontram nas metodologias ativas um espaço propício para reflexão crítica sobre os distintos fatos da vida.

Neste ponto, observa-se convergência entre os princípios das metodologias ativas e as políticas de gênero, colocando-se ênfase na importância da formação de um profissional de saúde sensível às diferenças de gênero, à valorização da equidade, às demandas de saúde reais da população em todos os seus aspectos biológicos e sociais, conforme preconiza a proposta pedagógica das metodologias ativas. A reforma que se propõe para um novo plano de ensino tem potencial para dar maior relevância ao tema gênero, assim como permitir a investigação das desigualdades de gênero frente às enfermidades que os acometem, e avaliar em quanto isto influencia a sua qualidade de vida.

As transformações das políticas públicas de saúde têm ocorrido nos mais variados contextos e tem suscitado novas estratégias, métodos e modelos de organização, que sofrem influências do campo político, econômico e social. Sobretudo, no cenário atual, a Atenção Primária à Saúde¹ vem ganhando força enquanto estratégia estruturante dos sistemas de saúde, especialmente em países que tem como princípio norteador de seu sistema de saúde a universalidade do acesso e a inclusão, como por exemplo, o Canadá, a Nova Zelândia, países europeus, a exemplo de Portugal, e também o Brasil. (BRASIL, 2007).

A política de atenção primária objetiva maior resolutividade, eficiência e eficácia, e uma nova visão do processo saúde-doença, portanto, passa fundamentalmente pela discussão das

¹A Atenção Primária à Saúde' (APS) tem-se apresentado como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

competências profissionais e a incorporação de novas demandas ao processo de trabalho e estas refletem na identidade profissional. Renova a lógica do cuidado considerando fatores contextuais, voltada para a família em seu território de vida. Logo, a nova modalidade de atenção à saúde que emergiu em consonância com a reestruturação produtiva exige um profissional diferente, para tanto, nota-se que há uma exigência na atualidade por uma formação em saúde mais generalista pautada em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, assim como uma posição crítico-reflexiva e humanista. Consequentemente, houve uma reestruturação das políticas de educação culminando com a publicação das novas Diretrizes Curriculares no início do século XXI, de acordo com o Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, Nº 583, de 04 de abril de 2001(CNE/CES 583/2001).

Sabe-se que, desde o final da década de 1970, no contexto da chamada redemocratização brasileira, discursos de cunho radical em educação adquiriram um certo grau de institucionalização e repercussão no campo acadêmico e escolar. Sustentaram, e ainda sustentam, políticas públicas para a educação e propostas de reformas curriculares em diversos níveis do ensino oficial brasileiro propondo formas de ser e de agir como professores e professoras críticos. (GARCIA, 2002). As pedagogias críticas vinham se desenvolvendo desde o final da década de 1950 e início de 1960, com Paulo Freire, e em anos subsequentes, foram retomadas de uma forma mais ampla no Brasil, fundamentando inclusive experiências nas redes oficiais de ensino. Outras tantas emergiram nas décadas de 1980 e 1990, em ambiente acadêmico-universitário, intensificando as lutas em defesa da educação pública pela via da qualidade de ensino e da democratização do saber.

Nesse contexto de mudança das políticas da educação, particularmente no campo da saúde trouxe inúmeros desafios, dentre eles, o de romper com estruturas cristalizadas dos modelos de ensino tradicionais e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Uma característica fundamental do trabalho em saúde no setor de serviços, potencializada nas atividades e habilidades que o ato de cuidar envolve, é a interação entre trabalhador e o indivíduo para quem se produz o serviço. Dependendo dos atores que compõem essa relação, de quem é a pessoa objeto do trabalho de cuidar, será estabelecida determinado tipo de interação.

Interação esta que se apresenta permeada por relações desiguais perpassadas por assimetrias socialmente estabelecidas de gênero, idade, classe social, raça e etnia, que se

recobrem parcialmente e que implicam um exercício de poder e exigem qualificações específicas. O reconhecimento da importância de um relacionamento interpessoal adequado leva às instituições de ensino a uma ação intencional no âmbito do desenvolvimento de competências relacionais, particularmente no campo da saúde, tendo o professor/orientador pedagógico um papel importante enquanto agente, competindo-lhe assumir a responsabilidade de contribuir para que o aluno atinja o seu pleno desenvolvimento. A evolução da valorização do aspecto relacional dos cuidados em saúde é recente nos textos legislativos e nos programas de formação inicial em saúde e está contemplado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Em sua origem, a estruturação dos cursos de graduação em saúde no Brasil sofreu influência do informe elaborado por Abraham Flexner, educador estadunidense, que analisou a forma e a organização do ensino nas escolas médicas americanas e canadenses e, sintetizou em um relatório com novas propostas para o ensino médico. No início do século XX, este foi o modelo adotado como norteador da organização de faculdades de Medicina dos Estados Unidos e Canadá e, conseqüentemente, de todos os outros cursos da área da saúde. O modelo, então intitulado flexneriano, recomendava uma sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso e valorizava a aprendizagem intra-hospitalar e a assistência médica organizada em especialidades. Enfatizava a atenção curativa de caráter individual e pouca ênfase era dada à formação para atuar na prevenção e promoção da saúde (SEBASTIÃO; GARCIA, 2010). Nesta perspectiva, a formação dos profissionais de saúde vinha sendo pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), de forma que se separou o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica (MILTRE *et al*, 2008).

Esse tipo de formação profissional em saúde não mais contempla as demandas do Sistema Único de Saúde e também social e, por isso, em algumas faculdades do Brasil mudanças metodológicas foram iniciadas com a implementação de Metodologias Ativas de ensino, dentre elas a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Pode-se citar como exemplo de Instituições de Ensino Superior (IES) que aderiram de imediato a essa proposta metodológica: Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Fundação Educacional Serra dos Órgãos (Feso), no Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina da Universidade Tiradentes (UNIT), em Sergipe e, em 2010, a Universidade Federal de Sergipe (UFS) com a implementação da metodologia em todos os cursos de graduação em saúde no campus de Lagarto, campus deste estudo.

As transformações nas práticas em saúde e orientadas pelas DCNs tratam não apenas de um tema nuclear nas Ciências da Saúde, mas também de uma peça importante no processo global da Educação. Isto porque a intervenção neste domínio implica melhorar, cada vez mais, os dispositivos de educação, prevenção e proteção que contribuam para a obtenção de mais ganhos em saúde, para cada cidadão e para as populações em geral. Tal tarefa implica o conhecimento dos “determinantes da saúde”, não só sob o ponto de vista das especificidades biológicas dos indivíduos, mas também sob o contexto ambiental, socioeconômico e cultural e o das interações que se estabelecem. É possível identificar dissemelhanças no que diz respeito à saúde de cada pessoa nos diversos momentos do respectivo ciclo vital, quando, se procede a comparações entre indivíduos, ou quando se colocam em equação populações diferentes ou grupos de indivíduos que ocupam posições assimétricas nas hierarquias sociais.

No presente trabalho, pretende-se dar relevo no nível superior da educação, a um determinante das desigualdades em saúde que é socialmente gerado e agravado, e por isso merecedor de respostas adequadas numa sociedade que se considera verdadeiramente democrática, as diferenças em saúde e educação verificadas pela diversidade de gênero. Nestas matérias, há que admitir que não se tem envolvido massa crítica e recursos suficientes na diminuição das desigualdades em saúde, e educativas, entre os distintos gêneros, não obstante numerosas iniciativas já tomadas.

Para tal, entende-se que a abordagem da diversidade de gênero em saúde não se confina, apenas, ao conhecimento das características identificadas nos indivíduos de um sexo e do outro. Dizem respeito, igualmente, às políticas de saúde, às formas de prestação e aos prestadores de cuidados, mas também às práticas educativas nos vários contextos de socialização, em particular na escola e na universidade. Enquanto instituições formadoras, de saberes e de boas práticas, estas instituições tem um protagonismo relevante neste domínio, dado o mandato pedagógico de que está investida. Nestas matérias, haverá que assumir o fato de que nem saúde, nem educação, têm esgotado as respectivas possibilidades de intervenção.

Compreende-se que a abordagem de gênero oferece amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica sobre os mais diversos objetos de estudo, entre os quais os determinantes de saúde, que só podem ser integralmente percebidos quando equacionados nas interações com outros determinantes. O impacto produzido só se evidencia, na sua plena expressão, quando, por exemplo, o fato de ser homem ou mulher se cruza com outros elementos de análise, que lhe confere valor e contornos diferentes, tais como, a classe social de inserção, a etnia, a idade, a orientação sexual ou o contexto geográfico e político, na perspectiva da

interseccionalidade². A evidência científica sobre as dissemelhanças de gênero em saúde pode e deve merecer abordagens qualitativas e também quantitativas sobre os dados epidemiológicos que estão disponíveis; contudo, a interpretação dos mesmos e o desenho de políticas preventivas não dispensam uma leitura crítica sobre os fatores mediadores e os determinantes dos resultados encontrados – da qual uma leitura de gênero não pode, por isso, estar ausente.

Nesse sentido, a OMS (2011) em seu relatório “Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais de saúde”, esclarece o conceito abrangente de determinantes sociais da saúde, e menciona àqueles considerados estruturais, como: a distribuição de renda, o preconceito baseado em valores relativos a gênero e etnia; bem como àqueles considerados determinantes intermediários: configurados nas condições de vida, nos aspectos psicossociais, nos elementos comportamentais e/ ou biológicos e no próprio sistema de saúde.

Portanto, gênero é um determinante social de saúde e uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades. Logo, as políticas, particularmente as de saúde e educação, construídas no âmbito do ensino superior, devem reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las, com vistas à promoção da equidade de gênero. Entende-se gênero, baseadas em Scott (1996), como o saber a respeito das diferenças sexuais – histórica, social e culturalmente construída; portanto, relativo, contextual, variável, contestável, mutável, transformável. É um saber que atravessa todas as relações que se constituem nas sociedades “generificadas”, organizando as relações de poder a partir dos significados que cada sociedade atribui às diferenças de gênero. É mais do que uma maneira pela qual as pessoas se relacionam; é também o jeito de olhar e compreender a realidade. E quando se fala da dimensão de gênero como parte das políticas de saúde se atém não só as diferenças nas condições de saúde resultantes exclusivamente da diferença biológica entre homens e mulheres, e sim se chama atenção também para a dimensão social dos processos de adoecimento (a naturalização da agressividade como um atributo masculino e da fragilidade e submissão como características femininas, por exemplo, tem impactos negativos nas condições de saúde de mulheres e homens).

Encarar o binômio saúde/doença implica entendê-lo como um equilíbrio instável, resultante da interação dos diferentes determinantes da saúde, quer os de caráter biológico, quer os do domínio ambiental, em sentido lato. E, no contexto dos determinantes sociais há que

² O termo tenta superar a história do movimento feminista, especialmente da primeira onda, que englobava em suas demandas apenas a opressão de gênero e atendia exclusivamente às reivindicações das mulheres brancas de classe média, desconsiderando todas as intersecções de opressão, a exemplo da raça e classe social.

valorizar devidamente o gênero, enquanto elemento normativo da vida de todos os seres humanos que compõem a nossa sociedade. Assim, toda a perspectiva educativa, em matéria de saúde, necessita atentar para esse determinante, tendo em vista minorar as iniquidades que gera na vida e, em particular, nos ganhos de saúde e bem-estar. Sabe-se que a formulação de novas propostas para a formação dos profissionais da área da saúde, na perspectiva crítica e interprofissional, ou seja, a formação crítico-reflexiva e colaborativa, na direção da constituição de sujeitos para a transformação social, é considerado como uma das demandas para que se reorganizem as práticas de saúde na direção de um sistema ancorado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, exige do profissional de saúde diferentes competências, como por exemplo o desenvolvimento de qualificações tácitas, entendida como àqueles componentes não organizados da formação, ligada a trajetória subjetiva e a uma valorização das relações humanas.

Um importante marco da introdução da dimensão de gênero na política de saúde do país foi o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Lançado em 1983, a partir da confluência de forças dos movimentos de mulheres e sanitarista, o PAISM ampliou a concepção até então hegemônica de “saúde da mulher”, restrita à atenção ao pré-natal e ao parto, construindo uma proposta de atenção à saúde que tomasse as mulheres na sua condição de cidadãs, portadoras de múltiplas necessidades de saúde, às quais o Estado deveria responder. É preciso deixar claro, porém, que “gênero” e “mulher” não são sinônimos; logo, não é apenas no seu componente de atenção à saúde da mulher que a política de saúde pública deve incorporar a dimensão de gênero. Essas políticas precisam ser ampliadas, outrossim, para todos os sujeitos que ao longo da história foram desprivilegiados em função do gênero, como gays, travestis, transexuais e tantos outros, a exemplo da recente Política Nacional de Saúde Integral LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e travestis) implementada em 2011. Nessa perspectiva, o profissional de saúde a ser formado precisa compreender essa realidade, inclusive para saber como proceder ao se deparar com toda essa diversidade de identidades de gêneros e de demandas de saúde distintas.

Sabe-se que todo discurso do pesquisador é um discurso situado, pois aquilo que se vê, se pensa e se pesquisa, surge a partir da cultura. Nessa lógica, o interesse pelo objeto deste estudo tem relação direta com a minha³ trajetória e experiência profissional, e resulta, portanto, de inquietações teórico-metodológicas vivenciadas no trabalho docente na Universidade

³ O uso da primeira pessoa do singular nesta seção, em particular, justifica-se por se tratar de um relato que revela a implicação da pesquisadora com o objeto de estudo.

Federal de Sergipe, no Campus de Saúde de Lagarto, no desenvolvimento da Aprendizagem Baseada em Problemas. Ao me deparar com essa proposta absolutamente inovadora em um primeiro momento me senti perplexa e um tanto incapaz, por não compreender como seria possível ensinar sem fazer uso da “exposição” do meu conhecimento previamente aprendido ao longo de uma vasta trajetória acadêmica e clínica. Não havia me preparado para tomar as rédeas de uma docência que propunha a participação ativa do aluno no processo de aprendizagem, tendo o professor como “coadjuvante”.

Aliado a todas essas incertezas metodológicas muito me questionava sobre as peculiaridades que o tema gênero aborda, e me inquietava não saber, por exemplo, qual deveria ser a postura de um professor diante de um aluno com características extremamente femininas ou uma aluna predominantemente masculina. Como professora da prática clínica nos últimos anos da graduação, acreditava que o aluno deveria controlar o excesso de gestos e as nuances vocais, especialmente ao atender pacientes acometidos por algum distúrbio da comunicação (visto que sou docente do curso de Fonoaudiologia). Reprimir o corpo, vigiar, ser discreto acima de tudo, acreditava ser possível não ser você mesmo durante a atuação profissional. Buscava uma certa “coerência” de gênero esclarecida posteriormente com a leitura de Butler (2003, p.38), quando ela fala sobre os gêneros inteligíveis e afirma que “[...] são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidades entre seu gênero, prática sexual e desejo”. Nessa produção dos gêneros inteligíveis, a partir dos discursos de estereótipos de masculinidade e feminilidade eu também havia formado o meu pensamento.

Posto isso, vê-se que o não saber lidar com algumas características de alunos que ao meu ver poderiam ter implicações na prática clínica à época (pois vale mencionar que o estudo de gênero modificou minha perspectiva acadêmica hoje) implica em não saber como conduzir uma orientação ou uma prática clínica com sujeitos/pacientes com identidades de gênero que fogem à norma social. Hoje entendo que o gênero não é algo fixo, estável, pelo contrário, ele flutua nas incertezas da vida, é líquido e mutável. Eu queria crer que a Metodologia Ativa proporcionaria um suporte para as minhas questões de gênero.

Nesse sentido, entendo que adotar uma posição faz parte sim do discurso científico que não é neutro em nenhuma hipótese. A ideia da neutralidade da ciência coaduna com a ideia de uma tal “Escola Sem Partido” que é coerente com a mesma ideia conservadora que impôs à mulher, durante um longo período da nossa história, a posição de dominada, a situação de excluída, reforçada pelo discurso científico, político e religioso. Sou feminista e entendo que a ciência é uma disputa de discursos e por isso aqui eu me posiciono. Minha posição é engajada,

pois não há como se falar de feminismo sem almejar por mudanças sociais. O feminismo se constitui como uma luta que tem como alvo a emancipação das mulheres, a paz, o respeito as diferenças, a equidade, os direitos iguais, o direito a voz, o direito a ter salários iguais, o direito à vida. Parece, a priori, óbvio o que estou mencionando e aquele leitor mais desavisado vai prontamente questionar e insinuar como algo ultrapassado. Ainda que seja absurdo, a igualdade de direito pode até ser uma conquista legal, mas ainda não uma conquista de fato. Em pleno século XXI ainda se fala e se luta pelos direitos das mulheres. Ainda se grita para não se morrer. Sofre-se assédios morais, sexuais, vivencia-se violências físicas e psicológicas, ganha-se menos em muitas frentes de trabalho, e ainda cabe a nós o terceiro turno de trabalho. Falarei aqui como mulher, professora, profissional da saúde e mãe, trazendo minhas experiências em sala de aula, na vida e nas entrevistas que realizei para viabilizar esta tese.

Tenho o feminismo como causa, um feminismo amplo, como propõe Judith Butler, que inclui todos e todas que se sentem excluídos, diferentes e privados da “famigerada” igualdade de direitos. Portanto, minha afinidade é com a teoria feminista que defende não só as mulheres cisgênero⁴, mas todas aquelas pessoas que se percebem como mulheres e todos aqueles que não se enquadram nos discursos que invocam a natureza fixa do corpo. Me coloco na perspectiva de que masculinidades e feminilidades não são decorrência lineares de um sexo biológico do qual a pessoa é portadora. Gênero é, pois, algo que é aprendido na cultura e aquele que é excluído é produzido no discurso, seu lugar é o silêncio que se realiza na injustiça de não poder existir. Bem como, entendo que sexualidade e corpo, assim como o gênero, são também construídos.

Nesse terreno de estudo que introduzo esta tese. Vive-se em uma sociedade criteriosamente desigual e estamos assistindo às claras, na história recente, a elite e seus representantes manipularem o “jogo de cartas”. Eles dão as cartas da lógica social como bem entendem e, obviamente, privilegiam os seus. Definitivamente nem as mulheres, nem tampouco os pobres, negros, índios, homossexuais, transexuais e nenhuma outra “minorias” tem o domínio das “cartas”. Eles não interessam ao sistema. Interessa que fiquem quietos e, por isso, alguns medicamentos de efeito placebo são administrados à conta gotas. Muda-se aqui e acolá. Maquia-se uma injustiça com uma e outra Lei que não sai do papel. O jogo é duro e os oponentes lutam em campos desiguais, mas a força daquilo que é justo e ético vem mesmo que já tarde.

⁴ A origem da palavra vem do latim, onde o prefixo “cis” significa “ao lado de” ou “no mesmo lado de”, fazendo alusão à identificação, à concordância da identidade de gênero da pessoa com sua configuração genital e hormonal. O prefixo “cis” é o oposto latino ao prefixo “trans”. (<https://pt.wikipedia.org/wiki/Cisgênero>).

Cabe a ciência, àquela feita dignamente, clarificar essa realidade social, por isso se pesquisa. Para isso eu pesquiso.

QUESTÕES NORTEADORAS

Portanto, diante deste ambiente pedagógico novo para todos nós, docentes e discentes, muitas questões instigaram e propulsionaram esta investigação, tais como: Quais as demandas sociais e educacionais que propulsionaram as metodologias ativas nos cursos de graduação em saúde? Como os/as docentes ressignificam e reconstroem suas identidades profissionais a partir da vivência na formação com base na proposta de metodologias ativas? Quais as dimensões de positividade e negatividade identificadas neste processo? Como o processo de formação em saúde mediado pela Metodologia Ativa contempla a perspectiva de gênero?

OBJETIVOS

Para responder as questões indicadas foram pensados *objetivos orientadores*. Como *objetivo geral*: Analisar sob a abordagem de Gênero a experiência de docentes no processo de formação no ensino superior com base na utilização de Metodologia Ativa desenvolvida na área da Saúde no Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe e em IES de Portugal.

Foram sistematizados *objetivos específicos*:

- Resgatar aspectos da trajetória da formação superior em saúde, pontuando as características do panorama atual a partir da introdução da Metodologia Ativa;
- Analisar os discursos que atravessam as falas dos/as docentes quanto a experiência na pedagogia crítica;
- Avaliar qual a familiaridade dos/as docentes com o tema gênero e em que medida consideram como uma questão relevante para a qualidade das condições de saúde dos/as cidadãos/ãs;
- Compreender se e como o processo de formação mediado pela Metodologia Ativa contempla a perspectiva de gênero;
- Compreender como os/as docentes ressignificam e reconstroem suas identidades profissionais a partir da vivência na formação com base na proposta de metodologias ativas.

No Brasil, o desenvolvimento e consolidação de políticas no âmbito do ensino superior, particularmente no campo da saúde, integra a Metodologia Ativa que se constitui em um processo dinâmico e somente se materializa por meio da ação concreta de diversos atores sociais. Trata-se de um processo social complexo, que mobiliza diversos objetivos, interesses e valores, nos mais variados contextos regionais. A efetiva implementação das políticas dependerá da atuação de um amplo conjunto de atores, que envolverá a academia, gestores, profissionais de saúde, sociedade civil organizada. Estima-se que a incorporação e sedimentação da dimensão de gênero nas políticas públicas, nos planos federais, de fato, resultam em melhores condições de saúde para as cidadãs e cidadãos brasileiros e portugueses.

Na constituição do campo da Saúde Coletiva, que se demarca neste período como campo específico de saberes e práticas, há uma tentativa de ruptura com o paradigma biomédico então hegemônico, incorporando as Ciências Sociais ao estudo do processo saúde-doença. Este paradigma, marcado por suas concepções biomecânicas e dicotômicas sobre o corpo e a saúde, e que vinha historicamente orientando de forma quase exclusiva a produção de conhecimentos e as práticas em saúde nas sociedades ocidentais, passa a ser interrogado a partir de novos referenciais. Assim, o corpo biológico passa a ser também corpo social.

Nesta linha de reflexão, esta pesquisa atribui especial destaque ao processo de formação e a construção de identidades profissionais de docentes no ensino superior, em estreita interlocução com o trabalho docente mediante o desenvolvimento da Metodologia Ativa.

Com base na literatura analisada, foi possível antecipar *hipótese* norteadora, que se constitui em um fio condutor para a linha de pensamento, na busca por soluções adequadas ao problema, através da verificação e demonstração. A hipótese seria uma possível resposta para o problema formulado, devendo ser submetida à verificação (BARROS, 2008). Nesse sentido, a complexidade do tema abordado permitiu antecipar a seguinte hipótese que orientou o processo desta pesquisa: “A introdução da Metodologia Ativa no ensino superior sinaliza a perspectiva de refletir e introduzir a temática da diversidade de gênero na saúde, referenciando-se em um conceito ampliado de trabalho e saúde como resultante de relações sociais, deste modo, o trabalho e a formação em saúde refletem os valores e estereótipos da sociedade, decorrendo os vieses da estratificação social de gênero nos serviços de saúde.”

METODOLOGIA

Os estudos feministas e pós-estruturalistas compartilham de críticas aos sistemas explicativos sociais e apresentam zonas importantes de contato. Esta tese de doutorado se posiciona numa perspectiva de análise pós-estruturalista, que é contrária a qualquer essencialismo e faz duras críticas às estruturas fundantes naturalizadas, e, nessa lógica, instaura a teoria da desconstrução. Propõe uma análise das formas simbólicas, compreendendo que a linguagem e os processos de significação influenciam a produção das relações sociais e do conhecimento e, portanto, são constituintes da subjetividade. De modo geral, rejeita-se no pós-estruturalismo verdades absolutas sobre o mundo.

A metodologia qualitativa verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números, visto que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Segundo Minayo, *et al* (1993), a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza, referem ainda que o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos.

Por conseguinte, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Neste sentido, “a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis” (MINAYO, 2004, p.24). Esse método foi considerado pertinente ao objetivo do estudo, uma vez que a metodologia qualitativa permite um meio de levantamento de dados adequado à formulação de novas hipóteses. Os estudos de gênero e saúde priorizam metodologias qualitativas para interpretar mecanismos de discriminação/exclusão social, estereótipos construídos nos processos de educação/socialização (CRUZ, 2012). O percurso metodológico do estudo revela o caminho a ser percorrido, durante o processo de investigação, envolvendo questionamentos e descobertas, sendo este caminho dinâmico, flexível e inacabado, e constituindo uma intrínseca relação entre teoria e prática.

Dado à natureza do objeto deste estudo, adotou-se a abordagem qualitativa por meio do estudo de caso, mais especificamente o estudo de multicasos, considerado por Yin (2010), determinante e mais robusto. O **estudo de caso** permite explorar ou descrever acontecimentos

e contextos complexos, nos quais, estão simultaneamente envolvidos diversos fatores, possibilita analisar em profundidade uma unidade (podendo ser um indivíduo, o papel desempenhado por este, uma organização, um pequeno grupo, uma comunidade) ou a singularidade/generalidade das relações de gênero, como no caso em tela, possibilitando compreender aspectos da subjetividade dos/as participantes. O autor alerta para as maiores exigências de tempo e recurso que pode representar o estudo de multicase, no entanto esclarece que esta abordagem permite maior abrangência dos resultados, ao ultrapassar a singularidade de dados referentes a uma única instituição. Não permite a generalização de resultados, mas, sim, a possibilidade de previsão de resultados similares ou a de produzir resultados contrários por razões previsíveis. De acordo com Yin uma pesquisa do tipo estudo de caso pode incluir tanto o estudo de um único caso, como um estudo de multicase. Sendo assim, por envolver a análise de quatro IES no Brasil e em Portugal, esta pesquisa se insere no estudo de multicase, a fim de esclarecer as similaridades e divergências entre as instituições estudadas.

Campo empírico de estudo

A pesquisa foi realizada na UFS – Campus de Ciências da Saúde Prof. Antônio Garcia Filho, e em três Instituições de Ensino Superior de Portugal: Escola Superior de Saúde/Porto, Escola Superior de Enfermagem/Porto e Escola de Medicina da Universidade do Minho/Braga.

Em junho de 2009 o Ministério da Educação, o Governo do Estado de Sergipe e a Universidade Federal de Sergipe firmaram um protocolo de intenções objetivando a instalação de um Campus da UFS no município de Lagarto com a implantação de oito (08) cursos de graduação na área de saúde. Este projeto teve como meta o Plano Nacional de Educação, a expansão e interiorização do ensino superior, além do fortalecimento da região de Lagarto com a formação de profissionais qualificados para atender as demandas regionais.

A instalação do Campus de Saúde em Lagarto – Sergipe ocorreu em 2010 e trouxe para a região novas oportunidades de trabalho com a realização de concursos públicos para professores e técnico-administrativos, no intuito de atender à nova demanda até então não existente. Além deste fato, o referido campus traz um aspecto inovador no processo de ensino-aprendizagem que é a utilização, nos projetos pedagógicos, da metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Metodologia também conhecida como PBL (do inglês *Problem Based Learning*), modelo adotado em diversas escolas médicas e outros cursos de saúde, em que o estudante é provocado pela situação/problema ou cenário e inicia suas buscas e

investigações a partir do problema. Portanto, no sentido de formar um novo profissional apto a atender às demandas do mercado e do sistema de saúde regional e nacional, a Universidade Federal de Sergipe – UFS, neste campus, implementou a utilização da ABP.

Os cursos de graduação possuem currículos fundamentados na ABP e são estruturados preferencialmente, com um (1) tutor e um número reduzido de alunos. As aulas convencionais, com grandes turmas são substituídas por sessões tutoriais nas quais o conhecimento, habilidades e competências são aprendidas por meio de situações-problemas, em ciclos de duração variáveis, habitualmente de uma semana, desenvolvidos com situações reais, situações construídas “simuladas” e através de laboratórios de práticas. Em modelos de currículos como os que foram implantados para o novo Campus de Saúde, o conteúdo das disciplinas básicas é distribuído durante todo o curso, sendo aprendido de forma integrada durante o desenvolvimento das competências. Acredita-se que a metodologia utilizada, a multiplicidade de cenários de aprendizado e a utilização de situações diretamente ligadas à realidade em que se insere, aproximará a escola da comunidade e permitirá uma melhor compreensão dos aspectos sociais por parte do profissional formado nesta realidade.

A Metodologia Ativa, objeto deste estudo, contempla a orientação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e, também, as novas Diretrizes Curriculares do ensino superior no Brasil (CNE/CES 583/2001), que apontam para a necessidade de novas metodologias de ensino, mais ativas, reflexivas, com vistas à formação de um profissional crítico, autônomo e com maior capacidade para resolver os problemas de saúde reais. Tudo isso acontece no cenário do município de Lagarto, pertencente ao estado de Sergipe, localizado na região centro-sul, com a maior população do interior e a terceira maior do estado. Possui uma área de 1.036km² e está situado na microrregião agreste de Lagarto. É composto por mais de 100 povoados e de acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) tem uma população de 94.852 habitantes. As atividades econômicas estão pautadas prioritariamente nos produtos agrícolas, com destaque no cultivo do tabaco e frutas cítricas.

A União Europeia também passou por significativas mudanças nas políticas ligadas ao ensino superior, em virtude da Declaração de Bolonha em 1999, assinado pelos ministros da educação de 29 países europeus, reunidos na cidade italiana de Bolonha. A declaração marca uma mudança em relação às políticas ligadas ao ensino superior dos países envolvidos, e estabeleceu em comum um Espaço Europeu de Ensino Superior a partir do comprometimento dos países signatários, do qual Portugal faz parte. Reconhece a importância da educação para o desenvolvimento sustentável de sociedades tolerantes e democráticas e tem como objetivo

principal a elevação da competitividade internacional do sistema europeu superior. Para assegurar que o sistema de ensino adquira um grau de atração mundial semelhante ao das suas tradições cultural e científica, foi delineado os seguintes objetivos (LIMA, *et al*, 2008):

- Promover entre os cidadãos a empregabilidade e a competitividade internacional do sistema europeu do Ensino Superior;
- Estabelecer um sistema de créditos transferíveis e acumuláveis, comum aos países europeus, para promover a mobilidade mais alargada dos estudantes. Os créditos podem também ser adquiridos em contextos de ensino não superior, incluindo a aprendizagem ao longo da vida, desde que sejam reconhecidos pelos estabelecimentos de ensino superior de acolhimento;
- Adotar um sistema baseado em três ciclos de estudos: 1.º ciclo, com uma duração de seis a oito semestres (graduação); 2.º ciclo, com uma duração de um ano e meio a dois, podendo, excecionalmente, ter a duração de dois semestres (mestrado); 3.º ciclo (doutorado), com uma duração de seis semestres.
- Promover a mobilidade dos estudantes (no acesso às oportunidades de estudo e formação, bem como a serviços correlatos), professores, investigadores e pessoal administrativo (no reconhecimento e na valorização dos períodos passados num contexto europeu de investigação, de ensino e de formação, sem prejuízo dos seus direitos estatutários);
- Promover a cooperação europeia na avaliação da qualidade, com vista a desenvolver critérios e metodologias comparáveis;
- Promover as dimensões europeias do ensino superior, em particular: desenvolvimento curricular; cooperação interinstitucional; mobilidade de estudantes, docentes e investigadores.

O referido processo representa, pois, um enorme desafio às instituições de ensino superior e é, incontestavelmente, o motor de toda a atual reflexão sobre a educação superior europeia e um dos fatores determinantes para a transformação no plano de ação dos projetos de ensino/aprendizagem. Surge com ele a necessidade de se investir em metodologias que fossem mais efetivas e dessem conta das inúmeras demandas propostas, com isso, algumas IES optaram por implementar metodologias ativas de ensino aprendizagem.

Portanto, as experiências de formação no ensino superior por meio de Metodologias Ativas em Portugal favoreceu a aproximação com o campo empírico em questão, a fim de apreender particularidades do processo de formação profissional em saúde. Tal aproximação

foi efetivada a partir da realização do Doutorado Sanduíche na cidade do Porto em Portugal, com o apoio da CAPES, onde foi coletada parte importante dos dados, no período compreendido entre março a julho de 2017.

A escolha de Portugal também se deveu ao fato de ser este um país que possui um sistema de saúde público com características semelhantes ao Brasil, o que repercute no modelo de formação superior, a fim de preparar o profissional para a prática. De acordo com Pisco (2011) “no início dos anos 70, Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar uma abordagem integrada para a atenção primária criando uma rede de centros de saúde que abrange a generalidade do país [...]” (p.2842). Em 1979 foi instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNI) e em 2005 deu-se início uma reforma, reestruturação organizacional da Atenção Primária a Saúde, que teve, como características, a adesão voluntária ao trabalho em equipe, implementação de um sistema obrigatório de informação, pagamento por desempenho, contratualização e avaliação por meio da reconfiguração dos centros de saúde em pequenas Unidades de Saúde da Família (USF). (BORGES, 2014). Entre seus objetivos destaca-se a qualidade e continuidade dos cuidados e aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos. Além disso, Portugal apresenta um índice de desigualdade de gênero considerado como o terceiro pior em relação aos países da União Europeia (EIGE, 2015). Este fato, causa curiosidade científica, além de aproximá-lo, de uma certa maneira, à realidade brasileira.

Nesta perspectiva considera-se que a interface de gênero no campo da saúde possibilita problematizar as estruturas de saber, de poder e de ação colonizadoras que se configuram nas relações sociais atravessando as sociedades e universidades no atual contexto de globalização. O campo dos estudos de gênero busca formulações teóricas interdisciplinares, ao questionar a construção das diferenças e da igualdade, da universalidade e da particularidade, ao inserir nas novas dimensões de tempo e espaço moderno, ao discutir as noções pré-estabelecidas, e ao possibilitar que as novas categorias de análise afluam. Enfatiza-se que as desigualdades sociais tendem a ser superadas à medida que perspectivas de gênero sejam incorporadas particularmente no processo de formação e no trabalho em saúde.

As IES de Portugal (Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Enfermagem e Escola de Medicina da Universidade do Minho) que fizeram parte deste estudo foram selecionadas a partir dos seguintes critérios de seleção: utilizar o método ativo no ensino superior em saúde e estar localizada na cidade onde a pesquisadora morou durante o processo de doutoramento sanduíche (Porto) ou nas proximidades, a exemplo de Braga. O contato inicial com os/as

docentes das IES foi facilitado pela orientadora da pesquisadora, no período de realização do doutorado sanduíche, vinculada à Universidade do Porto.

A Escola Superior de Saúde (ESS) é a maior instituição de Ensino Superior Politécnico na área da Saúde em Portugal, situa-se na cidade do Porto e tem grande expertise no ensino em Tecnologias de Saúde. A partir de 2008 reformulou as suas licenciaturas de acordo com a declaração de Bolonha em atenção às necessidades do mercado de trabalho e a livre circulação de estudantes e profissionais no espaço europeu. Reorganizou seu sistema de ensino superior, inserindo a Metodologia Ativa de ensino aprendizagem integral em alguns cursos, a exemplo da Terapia Ocupacional, ou parcialmente, a exemplo da Fonoaudiologia. Vale salientar que esta escola apresenta experiência de 10 anos na utilização da Metodologia Ativa na graduação, com inúmeros alunos egressos e, portanto, mostrou-se capaz de trazer reflexões importantes para este objeto de estudo.

A Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) é uma instituição de ensino politécnico dedicada ao ensino da Enfermagem em nível de graduação e pós-graduação, em funcionamento desde 2007, a partir da fusão de três instituições de ensino superior público de Enfermagem: Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes, Cidade do Porto e São João. Utiliza o método híbrido de ensino aprendizagem, isto é, mescla métodos ativos com o tradicional, dando ênfase à resolução de problemas e à centralidade no aluno.

A Escola de Medicina da Universidade do Minho (EM-UM) foi implementada em 1999 como Escola de Ciências da Saúde e teve seu curso de Medicina aberto em 2001, tendo sua primeira turma formada em 2007. Utiliza a metodologia de aprendizagem por projetos e aprendizagem por módulos, onde as aulas são predominantemente interativas e o professor é visto como um orientador do trabalho. As aulas expositivas são preteridas em função de aulas de autoaprendizagem, em que os alunos desenvolvem a sua própria aprendizagem e o trabalho é alicerçado em objetivos de aprendizagem que definem as metas a serem atingidas em cada módulo. Os graduados em Medicina apresentam resultados muito positivos em provas internacionais de comparação de escolas médicas e tem obtido a melhor classificação média no exame nacional de acesso ao internato médico desde a fundação da Escola. (MINHO, 2017).

Composição da amostra e procedimentos de coleta

Para compreender em profundidade a experiência dos/as docentes do campus de Lagarto e das IES portuguesas quanto à utilização da Metodologia Ativa na perspectiva do gênero,

utilizamos a entrevista semi-estruturada em profundidade. Por entender que este tipo de entrevista, como instrumento privilegiado, permite a liberdade de respostas dos/as profissionais participantes da pesquisa, além de expor a experiência dos sujeitos da amostra. Para Minayo (2004) esse tipo de entrevista possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada, sendo, pois, a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo.

A amostra foi, então, construída no processo da pesquisa e para tal procedimento foi estabelecido um primeiro contato por e-mail com os/as docentes, em que foi apresentado e exposto o objetivo da tese e feito o convite. Os/as docentes prontamente compreenderam os objetivos da pesquisa e se disponibilizaram a participar, inclusive indicando elementos-chave para compor a amostra de acordo com a proposta metodológica. Foi feito um novo contato e definido o dia e horário da realização da entrevista, que ocorreram na universidade de vinculação do docente, em sua maioria, com exceção de quatro delas que se realizaram fora do ambiente de trabalho. Os/as docentes pertenciam aos vários núcleos temáticos para viabilizar uma análise interdisciplinar e multidimensional, com foco no processo pedagógico e não no núcleo específico do saber.

No Brasil, especificamente em Lagarto, o acesso aos respondentes foi facilitado por ser a pesquisadora pertencente ao Departamento de Fonoaudiologia, na função de docente do campus em questão. Já em Portugal, o acesso foi facilitado por meio do contato estabelecido com a orientadora da Universidade do Porto, professora Dr^a Isabel Menezes, que indicou pessoas representativas e importantes nas três IES que participaram deste estudo. Vale salientar que a presteza na resposta aos contatos realizados pela pesquisadora e a disponibilidade dos/as docentes foi marcadamente significativa em Portugal. Esse processo de coleta de dados em Portugal foi realizado durante os 4 meses de doutoramento sanduíche.

Para captar com precisão os depoimentos dos/as docentes foi utilizado o gravador, o que favoreceu a análise e transcrição dos conteúdos das respostas e a posterior categorização e análise dos temas prioritários.

Participantes do estudo

Participaram deste estudo 14 professores/as, 8 mulheres e 6 homens, que integram os vários departamentos de graduação que compõem o campus de Lagarto, bem como a Escola

Superior de Saúde – ESS/Porto, a Escola Superior de Enfermagem – ESEP/Porto e a Escola de Medicina da Universidade do Minho - EM-UM/Braga.

No campus de Lagarto tem-se a representatividade de 8 docentes dos seguintes departamentos: Educação em Saúde – 1, Enfermagem - 1, Fisioterapia - 1, Fonoaudiologia - 2, Nutrição - 1, Odontologia - 1 e Terapia Ocupacional - 1. Não foi possível entrevistar o representante do curso de Medicina e nem tão pouco o de Farmácia por indisponibilidade de tempo dos/as docentes, apesar das inúmeras tentativas realizadas. Nas IES de Portugal, participaram 6 docentes pertencentes aos seguintes cursos: Fonoaudiologia - 1, Terapia Ocupacional - 3, Enfermagem -1 e Medicina - 1. O maior número de docentes pertencentes ao curso de Terapia Ocupacional deveu-se ao fato de ser este o curso da Escola Superior de Saúde em Portugal que utiliza a Metodologia Ativa como método de ensino aprendizagem em sua integralidade, com isso, privilegiou-se a experiência dos respectivos/as docentes. A amostra contemplou, desta forma, os vários núcleos do saber em saúde.

Quanto ao cargo desempenhado, optou-se por priorizar àqueles docentes que tinham também cargo de gestão, por entender que o docente exercendo a gestão traria à pesquisa um maior contributo dado a experiência em perspectivas mais abrangentes dentro da academia. Nesse sentido, tivemos 12 docentes que desempenham também funções de gestão, como por exemplo: chefe de departamento - 9, vice-chefe de departamento - 1, vice-presidente da Universidade - 1, coordenadora pedagógica - 1. O cargo de vice-presidente foi encontrado nas IES da cidade do Porto em Portugal. Dos gestores que participaram desta amostra 6 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino.

Quadro 1 – Instituição de Ensino Superior (IES), departamento e cargo.

Área		Mulheres	Homens
IES	UFS	4	4
	ESS	3	1
	ESEP	1	-
	EM-UM	-	1
Total		8	6
Departamento	Educação em Saúde	-	1
	Enfermagem	1	1
	Fisioterapia	1	-
	Fonoaudiologia	2	1
	Medicina	-	1
	Nutrição	1	-
	Odontologia	-	1
	Terapia Ocupacional	3	1
Total		8	6
Cargo	Docente	2	-
	Docente e gestor (a)	6	6
Total		8	6

Fonte: produção do próprio autor.

Legenda: UFS – Universidade Federal de Sergipe; ESS – Escola Superior de Saúde/Porto; ESEP – Escola Superior de Enfermagem/Porto; EM-UM – Escola de Medicina da Universidade do Minho/Braga.

Em relação à idade, variável importante na conformação da força de trabalho, os participantes deste estudo são encontrados predominantemente na faixa etária entre 33 e 43 anos de idade. Esse fato indica uma faixa etária jovem, o que significa que a maior parte desses profissionais está em início de carreira. Fato importante a ser considerado, visto que a idade é imbuída de sentido econômico, cultural e ideológico (CRUZ, 2005).

Quanto ao estado civil, as participantes do sexo feminino são, em sua maioria, casadas (7) e apenas 1 divorciada. Enquanto nos homens encontra-se uma paridade na distribuição do estado civil, sendo 2 solteiros, 2 casados e 2 constituindo união de fato.

Quadro 2 – A idade e o estado civil.

	Faixa	Mulheres	Homens
Idade	33 – 43	4	4
	44 – 53	4	2
Total		8	6
	Estado civil		
	Solteiro	00	2
	Casado	7	2
	Divorciado	1	00
	União de fato	00	2
Total		8	6

Fonte: produção do próprio autor.

Por ser este um estudo qualitativo, não se teve o objetivo de ter uma amostra estatisticamente representativa da população. Considerou-se que a modalidade de pesquisa qualitativa pode prescindir de processos de amostragem sistemáticos. Nesse sentido, conforme Minayo:

A ideia de amostragem não é a mais indicada para certas pesquisas sociais, especificamente aquelas de cunho qualitativo. Isso se deve ao fato que o ‘universo’ em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes. Como se vê, seria impossível demarcar o número total dessas variáveis, muito menos o tamanho da amostra que seria representativa dessa totalidade. Diante disso, costumeiramente se opta por definir o número de sujeitos por inclusão progressiva que é interrompida pelo critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos (MINAYO, 2004, p.48).

Interessa neste estudo a capacidade de reflexão, a sensibilidade dos sujeitos, o que eles sentem e percebem, que passa pelo filtro interno de cada ser, a partir do relato do sujeito.

Método de análise das falas dos sujeitos

A interpretação e análise foram fundamentadas na Análise de Discurso em uma aproximação com o pensamento foucaultiano, tendo em vista que ela busca repensar os efeitos dos discursos na constituição e experiência dos sujeitos. Sendo a noção de subjetividade aqui entendida como “[...] a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo [...]” (FOUCAULT, 2004, 236).

Para Larrosa (1998) o “eu” não é algo exterior à linguagem; não é algo que preexistia ou que seja anterior à linguagem, isto é, o *eu* não é o que existe por trás da linguagem, mas o que existe na linguagem. O sujeito é uma função do discurso e através da linguagem nossas experiências culturais, sociais, emocionais, políticas podem ser nomeadas, fixadas, aprisionadas e definidas pelas posições e diferenças que os discursos da pedagogia assinalam mesmo que de modo instável e provisório. Portanto, esta tese, caminhou no entendimento da centralidade da linguagem nos processos de significação do mundo em que vivemos e da subjetivação dos/as docentes no espaço de formação em saúde.

Sabe-se que nesse espaço educacional, campo deste estudo, existem formações discursivas relativas ao poder e a verdade, categorias relativas, como assinala Foucault (2008). Tanto o poder quanto a verdade se constituem por meio da relação entre grupos e nas condições de autoridade que podem ser exercidas de um sobre outro. O elemento cuja legitimidade será

conferida a conceder o poder de autoridade é a instituição, ou seja, o que representa não o poder de uma determinada pessoa, mas o poder de onde ela advém.

Acredita-se, assim como Foucault (2008), que os sistemas de educação constituem um importante espaço na construção do ser humano. Dessa forma, também se configuram para o exercício do poder e por meio deles estabelecem os saberes a serem apreendidos pela sociedade, delimitando papéis e discursos representados, por fim, os saberes produzidos. Concorde-se que o indivíduo não se encontra com suas ideias e o meio o acolhe; há, ao contrário, uma estreita relação entre aquilo que a pessoa reproduz em sua fala e os lugares ocupados por ela. Foucault (2012) considera que o poder não é possuído por alguém, mas é antes uma relação fluída que permite o uso da força (física ou simbólica): coerção, persuasão, negociação ou barganha difundindo-se e ramificando-se em micropoderes relacionais.

Quando educadores e educadoras falam de sua prática na escola ou universidade, dizem do lugar que ocupam no processo educativo, posicionam-se no interior de uma ordem particular dos saberes e do discurso, significando-se a si próprios e as suas práticas através de uma gramática que é introduzida em grande parte pela pedagogia e outros saberes. Com isso, priorizam categorias e princípios, e preterem, excluem e negam outros tantos. (GARCIA, 2002).

Para o processo de análise e interpretação dos dados obtidos na pesquisa foi, então, realizada aproximações críticas e problematizadoras sobre o objeto, valorizando as dimensões objetivas e subjetivas expressas na Análise do Discurso a partir das experiências relatadas pelos/as docentes. Buscou-se compreender quais os discursos que atravessam a fala e a subjetivação dos/as docentes na prática da pedagogia crítica.

A interpretação, a busca de um sentido oculto no que está dito, a operação de desvelamento, não cabe à análise do discurso. Pelo contrário, tudo o que interessa está na superfície do discurso. Ao deparar com o discurso, antes de perguntar o que diz, pergunta-se o que é que faz e como faz. Nesse sentido, os enunciados que emergiram dos depoimentos dos participantes desta pesquisa, para compreender como os/as docentes percebem a nova formação em saúde a partir de um enfoque de gênero e como seus discursos refletem essa prática, foram concernentes a: demandas sociais e educacionais vinculadas às Metodologias Ativas nos cursos de graduação em saúde; integração entre o método e a realidade; reconstrução da identidade profissional; potencialidades e fragilidades do método na prática; familiaridade docente com a temática de gênero; gênero como variável relevante para a saúde; inclusão da diversidade e da abordagem de gênero no conteúdo programático; leitura crítica sobre fatores mediadores de gênero; relações de poder em todas as dimensões da análise.

Aspectos éticos

Dizem respeito ao sigilo das informações; o respeito às pessoas examinadas e ao uso da pesquisa para o fim a que ela se propõe. Todos os sujeitos participantes deste estudo se prontificaram voluntariamente a responder nossos questionamentos, sendo previamente avisados das intenções do estudo e tendo devidamente assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. “O respeito, devido à dignidade humana, exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde). Portanto, todos os participantes receberam carta explicativa sobre o procedimento e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura, concordância e assinatura, sendo a pesquisa devidamente registrada e autorizada pelo comitê de ética da Plataforma Brasil, com o CAAE de Nº: 64012617.2.0000.5546.

ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO

A partir do conhecimento produzido com este estudo, sistematizou-se os capítulos na tentativa de seguir uma ordem lógica para facilitar a compreensão do leitor. O texto está estruturado em cinco capítulos que retratam aspectos conceituais, teóricos, metodológicos e analíticos da pesquisa. Assim sendo:

No **capítulo 1**, “Reflexões sobre o mundo do trabalho e a formação profissional”, é apresentada uma discussão sobre as mudanças no mundo do trabalho a partir da reestruturação produtiva e sua repercussão na formação profissional. Na sequência traz-se as razões pelas quais, contraditoriamente, manteve-se a reprodução das diferenças profissionais na relação entre gêneros através da evidente cristalização das categorias “divisões social e sexual do trabalho” e consequentemente do trabalho em saúde.

O **capítulo 2**, intitulado “Bases filosóficas e políticas da Metodologia Ativa no ensino superior em saúde”, apresenta uma análise histórica dos pressupostos teóricos da pedagogia nova/ativa, com seus respectivos filósofos, teóricos, e pensadores que idealizaram mudanças no cenário educacional e traz, ainda, as políticas de saúde e educação que fomentaram a implementação de metodologias inovadoras no ensino superior em saúde na atualidade.

No **capítulo 3**, “Gênero e igualdade de direitos”, tem-se dois subtópicos, inicia-se apresentando uma retrospectiva histórica da organização e das lutas do movimento feminista mundial e brasileiro por igualdade de direitos e contra o tradicional poder patriarcal, elencando características das respectivas ondas do movimento; e no segundo subtópico deste capítulo, apresenta-se os argumentos acerca da “naturalização” dos papéis historicamente impostos ao homem e à mulher e a imperiosa necessidade de (re)construção de novas identidades sociais entre os gêneros.

O **capítulo 4**, “Da identidade social à identidade profissional”, traz algumas teorizações sobre o processo de construção das identidades e a consequente culminância com a as identidades profissionais.

O **capítulo 5**, “A experiência docente em educação e gênero mediatizada pela metodologia ativa na formação em saúde”, traz a análise e discussão dos resultados desta pesquisa organizados em três etapas: na primeira etapa discute-se brevemente sobre as características dos/as docentes participantes; a segunda etapa trata das questões referentes a experiência dos/as docentes mediatizada pela mudança do método de ensino; e na terceira etapa, apresenta-se a perspectiva do docente quanto à integração da abordagem gênero/diversidade com a Metodologia Ativa.

Por fim, a partir da discussão apresentada ao longo dos capítulos, serão esboçadas algumas considerações finais.

CAPÍTULO 1

1. REFLEXÕES SOBRE O MUNDO DO TRABALHO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A produção teórica mundial referente ao campo do conhecimento Saúde/Trabalho/Gênero ainda é restrita diante da produção do campo da saúde, no entanto, tem sido impulsionada, pelas condições impostas pela reestruturação produtiva, tais como: desregulamentação dos direitos trabalhistas e sociais; desemprego, sobretudo das mulheres; além das novas demandas de qualificações profissionais. Nesse sentido, o uso da categoria gênero, como mediação entre a prática e a teoria científica, evidencia o interesse do conhecimento em silenciar as relações de poder entre os sexos. A abordagem de gênero torna-se útil, contribuindo para se analisar a relação da mulher e de grupos sociais discriminados com a saúde sob aspectos como: a influência da construção da identidade e subjetividades nas representações sociais que orientam e explicam as práticas desenvolvidas em torno da atenção à saúde.

Neste capítulo será discutido o “trabalho” como categoria central na construção identitária do sujeito, bem como as transformações ocorridas nele no contexto da reestruturação produtiva e a consequente repercussão na formação profissional e no trabalho docente em saúde. Para tanto, serão apresentados alguns conceitos de trabalho, organização produtiva e sua articulação com a subjetivação do indivíduo e consequente interação social, refletindo na atual divisão social e sexual do trabalho e no trabalho em saúde. Acredita-se que nesses conceitos encontram-se a fundamentação desta tese por ser o “trabalho”, seus significados e sentidos uma das categorias que permearão o estudo que aqui se inicia.

O conceito central da filosofia idealista alemã é aquela que diz que o homem, o mundo e a cultura são o resultado da atividade humana. Essa filosofia considera o homem como aquele que produz a si mesmo por meio de sua auto-atividade, inclusive exerceu uma influência significativa sobre o pensamento de Marx e na formulação do seu próprio conceito de atividade ou de trabalho. Para Marx, é por meio de sua atividade prático-sensível que o homem provê as suas necessidades cotidianas e por meio do seu próprio trabalho o homem produz a si mesmo. Isso quer dizer que o homem é o resultado de sua atividade produtiva, através do trabalho o

homem constrói a si mesmo, mais ainda, mediante o trabalho o homem se torna um ser histórico, uma vez que esse nascimento é obra de suas próprias mãos (MOURA, 2012).

1.1 - TRABALHO E SISTEMAS PRODUTIVOS

As forças produtivas (máquinas, energia e outras) geram as relações de produção que trazem consequências sobre as relações sociais, isto é, para a forma como os seres humanos vivem em sociedade. Portanto, para Marx, o pensamento e as ideias nascem da forma como o homem trabalha e produz no mundo. O trabalho é a base da sobrevivência humana, o ato primário e pressuposto de toda a história humana, consolidou a cultura dos povos e a diferenciação política interna de suas comunidades. Na sociedade atual o trabalho tem papel central na constituição das classes sociais e constitui-se na base da formação da identidade de seus indivíduos, portanto considera-se como um alicerce da construção do sujeito e de sua rede de significados. (PINTO, 2007).

Em oposição ao pensamento dos autores citados acima, Offe (1989), em seu texto “Trabalho: a categoria-chave da sociologia?”, tenta desconstruir o senso comum de que o trabalho está na centralidade da dinâmica da sociedade. O autor argumenta inicialmente que nas tradições clássicas da Sociologia marxista, o trabalho constitui sim o fato sociológico fundamental, considerando a sociedade moderna e sua dinâmica central como uma sociedade do trabalho, e justifica esclarecendo que esta centralidade relaciona-se aos seguintes fatos: em virtude da experiência sociológica do século XIX (revolução industrial) que consolidou o estabelecimento e rápido crescimento quantitativo do trabalho em sua forma pura, separado de outras atividades e esferas sociais; através da “compulsão à acumulação”, estimulada pelo modo de produção capitalista; pelo fato de o trabalho assalariado ter sido vinculado à organização e à divisão capitalista do trabalho, assim como aos processos de pauperização, alienação, racionalização e a formas organizadas e desorganizadas de resistência intrínseca a estes processos.

Ainda segundo Offe (1989), estas questões tornaram-se central nas pesquisas e formação teórica em ciências sociais. Por outro lado, levanta a tese de que o trabalho não é o princípio mais importante de organização das estruturas sociais e que a dinâmica do desenvolvimento social não é concebida como nascendo dos conflitos do empreendimento industrial, nem tampouco o desenvolvimento social depende das relações entre meios e fins técnico-organizacionais ou econômicos. Importante mencionar que o autor se fundamenta no

período pós-industrial e não mais no bojo do trabalho desenvolvido dentro das indústrias. E destaca seus argumentos para a não-centralidade do trabalho: 1. Pesquisas sociológicas sobre a vida cotidiana representam uma ruptura com a centralidade do trabalho (“mundo-da-vida cotidiano” – Frankfurt); 2. Erosão das tradições culturais religiosas ou leigas; 3. Ausência de reconhecimento e atuação moral do trabalhador; 4. Padrão de “taylorização” e consequente eliminação do “fator humano”; 5. Ausência de vocação para o trabalho, antes considerado precondição do trabalho assalariado, hoje discutível; 6. Estrutura temporal do trabalho; 7. Aumento do tempo livre que tornou as experiências, orientações e necessidades paralelas mais proeminentes do que as baseadas no trabalho; 8. Experiência do desemprego ou aposentadoria involuntária que possibilitou um maior tempo das pessoas fora do trabalho assalariado, e consequentemente a descoberta de que o trabalho não representava mais um foco suficiente de organização de suas vidas.

Offe (1989) finaliza seus argumentos citando Lane (1978) que reitera: “a satisfação com atividades não relacionadas com o trabalho contribui mais do que qualquer outro fator para a satisfação existencial”. (p.817). Desta maneira, supõe-se que a dimensão produtiva deixou de ser a base exclusiva da origem dos conflitos sociais e as esferas simbólicas e subjetivas ganharam maior espaço e legitimidade na análise social. Os embates passaram a ocorrer na política do reconhecimento. (ENNES & MARCON, 2014).

Esta pesquisa situa a valorização do trabalho como central e definidor, em um grau acentuado, mas não exclusivo, da vida cotidiana das pessoas em sociedade. Entende-se, portanto, que o trabalho sendo ou não central na dinâmica da sociedade, tem o papel de definir as relações sociais e a subjetivação dos sujeitos, bem como as relações sociais interferem na dinâmica do trabalho, num movimento de ir e vir sistemático.

Neste sentido, tentar-se-á compreender, a partir de então, a organização e divisão do trabalho, resgatando, por exemplo, o fato de que a luta pelo controle do trabalho humano na sociedade capitalista instaurou a clivagem técnica e social do trabalho o que, por sua vez, resultou em direitos e deveres dos trabalhadores diversos em relação aos empregadores. Em 1893, Émile Durkheim (*Da Divisão do Trabalho Social*) criou a expressão “divisão social do trabalho” ao discutir a complexificação das funções exercidas por diversos segmentos como caracterizadoras da diferenciação social e do desenvolvimento das sociedades modernas. Para o referido autor, diferente da ideia de Marx, a divisão social do trabalho é uma categoria importante para o desenvolvimento da sociedade. (DURKHEIM, 1978). Considera essa divisão como integrativa e finca o termo “solidariedade orgânica” para a ideia de funções diferentes e

complementares para pessoas diferentes. Todavia, foi Adam Smith (no Livro I de *A Riqueza das Nações*), em 1776, o primeiro a perceber a importância econômica dessa divisão do trabalho enquanto elemento-chave da prosperidade social e meio econômico ideal para produzir de forma mais eficiente e menos onerosa. Conceitualmente, a divisão social do trabalho designa a especialização produtiva e o intercâmbio entre diferentes unidades econômicas (empresas ou indivíduos). (SMITH, 2003). Nessa mesma lógica, a divisão sexual do trabalho, que será tratada ainda neste capítulo, é uma das formas de divisão social do trabalho e considerada, ainda nos dias atuais, como a mais cruel de todas.

Em meados do século XIX, começou a tomar forma uma novidade no capitalismo industrial: a empresa privada moderna. Os mercados se tornavam mais complexos e a eficiência gerencial não poderia mais valer-se do imprevisto, uma vez que comprar insumos, armazená-los, trabalhar em equipe, estocar produção, vender e entregar produtos demandava planejamento. A empresa privada moderna verticalizou-se ao adotar uma estrutura hierárquica com processos burocráticos de controle, e diversificou-se ao reduzir os custos de produção e reunir num mesmo espaço todas as operações da cadeia produtiva. Além disso, permitiu que os empreendedores atendessem às necessidades produtivas e aos desejos de consumo da sociedade. Daí, conceitual e institucionalmente, surgiu o mercado de trabalho, as políticas de recursos humanos, o quadro permanente de empregados, as organizações sindicais e as conquistas socioeconômicas dos trabalhadores, as políticas de proteção do trabalhador e de regulação do mercado de trabalho, a formalização do emprego feminino e o Direito do Trabalho normatizando relações contínuas ou episódicas. (ZYLBERSTAJN, 2015).

A evolução dos principais sistemas de organização do trabalho utilizados no século XX trouxe inovações e benefícios ao mundo do trabalho, mas também consequências na saúde física e mental dos seres humanos a eles submetidos. Serão abordados abaixo reflexões sobre os sistemas taylorista, fordista e toyotista e suas respectivas transformações no cotidiano do trabalho e na subjetividade do trabalhador.

Frederick Winslow Taylor (1856-1915), estadunidense, aprendiz numa fábrica metalúrgica, percebeu que a capacidade produtiva de um trabalhador era sempre maior que a sua produção real na empresa, em decorrência da constante troca de operações, de ferramentas e dos deslocamentos dentro do espaço fabril. Concluiu, pois, que se subdividisse diferentes atividades em tarefas simples otimizaria a produção e, a partir de então, desenvolveu um sistema de organização do trabalho por meio da divisão técnica do trabalho humano dentro da produção industrial. Estabeleceu uma divisão de responsabilidades e de tarefas, na qual, aos executores

de um determinado trabalho, fossem delegadas apenas as atividades estritamente necessárias à execução deste trabalho em moldes extremamente rígidos. O elemento prático central era o estudo do tempo. (PINTO, 2007).

Em 1914, o empresário americano Henry Ford impulsionou o capitalismo industrial ao criar um sistema de produção baseado numa linha de fabricação em massa de automóveis (Ford), em que cada funcionário (homens ou mulheres) executava num ritmo célere e sem maiores qualificações somente uma etapa produtiva, reduzindo custos e barateando produtos. A produção em série ocorria com o objeto de trabalho colocado em um mecanismo automático que percorresse todas as fases produtivas, uma espécie de trilho, esteira ou ganchos, fator-chave que diferenciou o Taylorismo do Fordismo. Responsável pela produção massiva de diversas mercadorias, o Fordismo foi o sistema que mais se desenvolveu na primeira metade do século XX, prevalecendo enquanto modelo produtivo de integração vertical, com a empresa produzindo tudo ou quase tudo, tendo em vista que não havia um mercado amplo e confiável de bens e serviços que pudessem ser contratados ou terceirizados. Nesse ambiente de recente processo industrial, a divisão social do trabalho entre empresas distintas apresentava claros limites. (NÓBREGA, 2015). Contudo, conforme o filme *Tempos Modernos* dirigido por Charles Chaplin (EUA, 1936), o verticalismo fordista gerou uma atuação repetitiva e desgastante para os trabalhadores, com baixa qualificação profissional, parca remuneração salarial e falta de visão geral do corpo de funcionários sobre todas as etapas produtivas.

Na década de 1960, o Fordismo começou a perder espaço para um sistema produtivo mais racional, flexível, competitivo e eficiente: o Toyotismo. Idealizado no período pós-2ª Guerra Mundial pelo engenheiro japonês Taiichi Ohno, o sistema foi introjetado pela fábrica automobilística Toyota e denominado *just-in-time* (teoria da produção necessária, na quantidade necessária e no momento necessário) por fundamentar-se no menor custo da mão de obra e na produção de bens conforme os pedidos dos consumidores, evitando estoque de matérias-primas, excedentes produtivos, desperdício de tempo e queda nos lucros. Ao contrário do Fordismo, no sistema de organização do trabalho Toyotista o trabalhador é treinado para conhecer várias etapas da produção e executar funções diversas. Utilizando o conceito de qualidade total, pesquisas de mercado e terceirizações de trabalhadores, o Toyotismo implicou na maior distribuição de lucros entre empresas e na modernização trabalhista, uma vez que uma única corporação deixa de comandar todo o processo produtivo. (DE MASI, 2000).

O Toyotismo baliza-se em três características estruturais: a) inovações tecnológicas trazidas pela informática e microeletrônica; b) descentralização empresarial e terceirização do

trabalho com desmembramento de parte das atividades de uma empresa via aquisição de serviços e insumos de outras empresas; c) novos processos organizacionais na direção, produção e arquitetura empresarial com aumento da eficiência, diminuição da hierarquia, conhecimento completo da empresa, espaços de trabalhos com divisórias baixas e pulverização internacional dos parques industriais.

Com as inovações tecnológicas ocorridas a partir da década de 1960 foram criadas as condições para alterações nas formas de organizar a produção, com o computador, a internet e a logística permitindo que as empresas se organizassem com um núcleo “enxuto” que planeja cadeias produtivas à distância e até globalmente. Dessa forma, as novas redes produtivas horizontais (funcionais, flexíveis e competitivas) vêm substituindo as redes produtivas verticais (hierárquicas, burocráticas e centralizadas), com o formato competitivo na organização da produção da “empresa privada contemporânea” tendo repercutido, inclusive, nas relações trabalhistas através da mudança do emprego tradicional pela terceirização.

Para Roy (1999) a reestruturação produtiva Toyotista e a modernização da divisão internacional (e social) do trabalho resultam, por outro lado, no aumento da jornada de trabalho; aumento do ritmo de produção; diminuição da quantidade de trabalhadores, ampliando o desemprego; aumento do trabalho rotineiro e fatigante; arrocho salarial; alienação do trabalhador em relação ao que produz e com isso amplia a deterioração das condições de trabalho, com o aumento do desgaste físico e mental para os trabalhadores, além de novos tipos de doença no trabalho.

Nesse momento da reestruturação produtiva entra em cena o Programa de Qualidade Total que tem como tendência a focalização da produção: qualidade competitiva, redução de custos, controle dos trabalhadores, externalização das atividades-meio e concentração das atividades-fins (CRUZ, 2005). Na moderna fase da divisão internacional do trabalho, o conceito de divisão social do trabalho situa-se como um processo pelo qual as atividades de produção e reprodução social são diferenciadas, especializadas e desempenhadas por diferentes pessoas e que pode implicar numa consequente divisão sexual do trabalho pautada na separação das atividades de produção de bens e serviços de acordo com o sexo das pessoas que as realizam.

1.2 - DIVISÃO SOCIAL E SEXUAL DO TRABALHO

A qualificação exigida a partir dos parâmetros da nova organização do trabalho consiste em três aspectos fundamentais: o primeiro diz respeito a atributos da personalidade, como por

exemplo, a agilidade de raciocínio, autonomia, vivacidade, espírito crítico, capacidade de resolver problemas; já o segundo aspecto se refere a competências abrangentes, onde se faz necessário um trabalhador polivalente capaz de compreender e associar dados e informações, além de decidir frente a situações complexas. Por fim, o terceiro aspecto denominado competências específicas se constroem a partir das necessidades do avanço da tecnologia e de sua aplicação, categoria com maior necessidade de formação. (ROY, 1999). Segundo a autora, a qualificação e treinamento para o trabalho incidem também na divisão sexual do trabalho e constata-se discriminação existente na capacitação masculina e feminina. Há tempos atrás tal discriminação era relativa à insegurança quanto à permanência da presença feminina no trabalho, hoje a discriminação prende-se aos trabalhos exercidos pelas mulheres, como destituídos de conteúdo e, em regra, elas são menos convocadas a participar de programas de treinamento.

Com a velocidade imprimida no decorrer do século XX e mesmo com todos os avanços sociais, direitos conquistados e qualificação intelectual das mulheres, em especial, ainda pontuam interpretações biológicas buscando legitimar uma inexorável divisão sexual do trabalho, argumentando que a distinção entre trabalho masculino e feminino seria consequência de fatores inerentes à “natureza dos homens e das mulheres”. Historicamente, no mundo do trabalho o homem foi idealizado como provedor da família e indicado para o trabalho produtivo e, a mulher, designada para o trabalho de reprodução, ocorrendo uma separação entre o público (masculino) e o privado (feminino). As delimitações de espaço laboral masculino e feminino, entretanto, não são fixas, uma vez que sociedades e épocas diferenciadas podem ter concepções distintas daquilo que é mais apropriado para os homens e às mulheres. (CRUZ, 2005).

No tocante à divisão sexual do trabalho, percebe-se, a partir da história, que às mulheres eram proporcionados trabalhos ditos “leves”. Evitou-se, assim, a ocupação suja, perigosa e penosa, provavelmente, pela naturalização da fragilidade física, imposta ao sexo feminino. No entanto, com o processo de desenvolvimento tecnológico via computadores, as mulheres não avançaram qualitativa e quantitativamente sob essa fatia do mercado, tendo em vista que tais ocupações laborais não exigiam esforço físico, muito menos incorriam em riscos à saúde da mulher. Mas, nem por isso esses postos vinculados ao desenvolvimento tecnológico e que envolvem um grau de qualificação do trabalho foram feminizados. Portanto, a divisão sexual do trabalho parece não evoluir no mesmo ritmo da história da tecnologia, uma vez que ainda se encontra submetida a um peso histórico que torna possível apenas o deslocamento das fronteiras

do feminino e do masculino, jamais a supressão da própria divisão sexual do trabalho. (HIRATA, 2002).

Conforme Kergoat (2003), a divisão sexual do trabalho tem uma influência sobre os empregos ocupados, com a feminização crescente dos empregos em serviços não se produzindo de maneira aleatória, mas tendendo claramente a preservar a hierarquia dos poderes/papéis masculinos. Apesar das características setoriais distintas, o emprego das mulheres ou dos homens parece comandado por dimensões comuns: o grau de complexidade dos equipamentos, o patamar de adaptação de acuidade e destreza, o nível de desempenho técnico das ferramentas e a formação profissional requerida. Em todos esses aspectos, as relações sociais entre homens e mulheres fora do trabalho estruturam a divisão sexual do trabalho profissional. O “controle masculino dos instrumentos de produção”, em particular, orientaria tendencialmente as mulheres para as ocupações, postos e funções mais simples e sem ferramentas, quaisquer que sejam o setor econômico e o grau de modernização tecnológica em que participem produtivamente.

A ocupação que exige maior qualificação é, normalmente, destinada aos homens. O lugar das mulheres parece estar pautado pelas questões de *status* que normalmente atribuem aos homens os postos de comando administrativo e, às mulheres, tarefas de auxiliares, trabalhos de execução, funções pouco especializadas e sempre subordinadas. Portanto, as diferenças observadas no mundo do trabalho contemporâneo ainda remetem à natureza particular de inferioridade do sexo feminino. Considera-se a mulher como sendo mais impulsiva, nervosa, meticulosa, dócil e sensível aos problemas familiares, dando-se menor ênfase à sua promoção e caracterizando-se com lastimável simplismo os atributos femininos periféricos, como fossem “típicos e inquestionáveis”. (KERGOAT, 2003).

Percebe-se que a reestruturação social dos modos de vida pretendida pela atual e mundializada fase da divisão internacional do trabalho não se descortina igual para homens e mulheres, sendo as mulheres mais afetadas como resultado de seu posicionamento na divisão sexual do trabalho e de sua subordinação genérica. O fato de as mulheres continuarem sendo responsáveis pelo cuidado da família, as leva a ter que intensificar o trabalho doméstico, o que limita seu acesso à capacitação e informação necessária para uma melhor inserção laboral. Além disso, a mulher que exerce trabalho e/ou estudo externos passa a ter duplas ou triplas jornadas quando somado o trabalho doméstico residual, resultando, assim, na precarização das relações de empregabilidade: pouca qualidade do emprego exercido, baixa proteção laboral e menor flexibilidade para conciliar os trabalhos doméstico e remunerado. (VALDIVIESO, 2009).

Neste novo contexto da divisão internacional (social e sexual) do trabalho em que o modelo de competência suplanta a polarização das qualificações, Hirata (2002) reflete sobre as mudanças organizacionais no trabalho identificando que os novos paradigmas de produção têm como referencial o trabalhador-homem encarnando o “universal” e que a especialização flexível não parece um conceito pertinente para a mão de obra feminina por apresentar como características a mobilidade dos trabalhadores, o trabalhador temporário, a possibilidade de variar o emprego e o tempo de atividade, o trabalho cooperativo em equipe, a polivalência, a rotação de tarefas e uma visão de conjunto do processo laboral. E mesmo quando a mão de obra da mulher se destaca profissionalmente, torna-se sujeita às comparações de características em relação à pretensa mão de obra “universal” (masculina).

Ademais, quando a mulher se efetiva no mundo profissional e alcança independência financeira e autonomia social, percebe a diminuição, em parte, dos efeitos da dominação masculina sobre a mesma. No entanto, em contrapartida, a mesma autorrealização profissional pode gerar, outrossim, uma desestruturação na sua vida conjugal, uma vez que o marido/companheiro passa a apresentar inseguranças na relação, como constata-se no estudo de Junqueira (1998) sobre a “feminização da magistratura”. Quase que invariavelmente, o homem teme perder seu tradicional espaço de controle e dominação do espaço privado (patriarcado) e, por isso, resiste e contesta a ascensão feminina no trabalho.

As diferenças observadas no tratamento que a sociedade reserva aos homens e às mulheres no campo do trabalho devem ser atribuídas às relações sociais. Os comportamentos humanos, coletivos ou individuais, somente podem adquirir sentido quando referidos a um conjunto de relações sociais que constituem a trama da sociedade. Tais relações sociais nos diferentes contextos determinam as qualificações ainda que de forma subjetiva. A qualificação tem relação com o poder profissional e é a partir daquilo que o sujeito vivencia nas suas interações sociais que ele constrói a “definição” do que é próprio para si, inclusive em termos de formação e qualificação profissional. (HIRATA, 2002).

São as relações sociais, portanto que definem a divisão sexual do trabalho. O problema da formação-classificação-qualificação das mulheres não se desenvolve num terreno neutro. Os homens se apropriam das carreiras rentáveis do aparelho de formação. Entende-se, pois, que a estruturação atual da divisão sexual do trabalho apareceu simultaneamente com o capitalismo e remete à relação social entre homens e mulheres, que atravessa e é atravessada pelas outras modalidades da divisão social do trabalho. (HIRATA, 2002).

A inserção da mulher no trabalho em saúde é um fenômeno crescente e corresponde a cerca de 70% da força de trabalho neste campo. Profissões historicamente masculinas passam pelo processo de feminização (MACHADO et al, 2010), como por exemplo, a Medicina em que na década de 1970 as mulheres somavam apenas 11%, nos anos 80 já eram 22% e, na década seguinte, 33%, para as próximas décadas o prognóstico é de 50%. Haddad (2010) analisou 14 cursos de graduação na área da saúde (Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) no período de 1991 a 2008 e constatou que as mulheres eram a maioria em todos os cursos com exceção de Educação Física e Medicina, porém em 2007 passa a ser a maioria entre os ingressantes (56,3%) e os concluintes (54,7%). Em Fonoaudiologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Nutrição as mulheres representam mais de 90% dos estudantes. Embora alguns estudos apontem uma diminuição dessa tendência, há uma forte segmentação por sexo quanto às áreas de ingresso no ensino superior.

Os avanços científicos e tecnológicos da sociedade atingiram determinados objetivos sociais, mas, por outro lado, os tornaram contraditórios. Não é sem razão que a promoção da igualdade de gênero consta em terceiro lugar entre os oito grandes objetivos do milênio estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). A reestruturação produtiva Toyotista, marcada pela entrada de novas tecnologias em nítida correlação com as novas formas de gestão, e implicando em modernas estratégias na definição da capacidade competitiva para atender às exigências do mercado não suplantou os papéis pré-determinados no mundo do trabalho e doméstico. Percebe-se, portanto, que as relações sociais entre homens e mulheres fora do trabalho estruturam a divisão sexual do trabalho profissional e não revelam novas formas de relações de gênero, com a divisão sexual do trabalho permanecendo nos dias atuais como uma provável reprodução inconsciente dos papéis impostos subliminarmente a cada gênero. Salienta-se, assim, o papel educativo imprescindível que o “trabalho” e a formação apresentam visando transformar a vida de homens e mulheres rumo à igualdade de gênero.

1.3 - A FORMAÇÃO PROFISSIONAL COM BASE NO MODELO DE COMPETÊNCIAS

Para Durand (2001), com a globalizada organização social do trabalho instaurou-se a “lógica das competências”, ou seja, um processo voltado para a “especialização flexível”, considerada como um novo conceito de produção em que o posto de trabalho desaparece em

benefício do atividade coletiva sobre determinado segmento produtivo. Entende-se, assim, a competência como uma qualificação a qual se acrescenta os comportamentos e as atitudes com respeito ao trabalho (*savoir-faire/saber-fazer*), ao seu ambiente (chefes, colegas, empresas) e a si mesmo (desejo de progressão e nível de aspiração). O trabalhador passa a receber não apenas por sua qualificação (saberes e experiências), mas também, pela maneira com a qual ele a põe em funcionamento a serviço da gestão da empresa, através da partilha de seu *savoir-faire* coerente com a natureza dos instrumentos sócio-produtivos do modelo gerencial e organizativo *just-in-time*.

Observa-se, ainda, um redimensionamento das qualificações no interior dos processos de trabalho, que passam a privilegiar as atividades simbólicas e de abstração em detrimento das atividades ditas concretas e passíveis de codificação. Esse deslocamento provoca desqualificação de parte da força de trabalho, mas, diversamente dos períodos anteriores, uma parcela significativa dos profissionais desabilitados não consegue recolocação em outros segmentos da economia, levando a um consenso quanto à necessidade de implementação de ações direcionadas à reconversão e à qualificação profissional. (ARRUDA, 2000).

O indivíduo é colocado no centro do processo, sendo-lhe requisitado gerir sua “carteira de competências”, apropriar-se dela, completá-la e engajar-se na aquisição de novas competências. A competência por situar-se no foco de gestão da empresa é, portanto, mais ampla do que qualificação, ou seja, um ramo de especialização, um potencial laboral, uma capacidade de fazer. Assim, de um lado os modos de gestão pelas competências oferecem as possibilidades e as escolhas amplas sobre as quais o indivíduo ajudado pela empresa pode se posicionar. De outro lado, as empresas podem fragilizar a posição de pessoas tidas como pouco competentes, dado o caráter individual da lógica de gestão e as novas formas de contratação: externalização de tarefas, subcontratação, trabalho em rede, por missão, à distância ou em domicílio. (DURAND, 2001).

A noção de competência é associada, entre outras questões, aos esquemas de operações mentais, à capacidade, ao fazer com saber, ao conhecer as consequências, à resolução de problemas, à mobilização, aplicação e contextualização dos conhecimentos e à formação profissional. Ter competências é mais do que ter conhecimentos, pois envolve também as habilidades e atitudes para identificar e articular recursos na busca de soluções e/ou inovações. A noção de competências se constitui, portanto, em conhecimento somado as habilidades e atitudes. Pressupõe destreza técnica; respeito aos princípios éticos; atuação articulada com os demais; consciência de uma identidade política na instituição; e busca permanente pela

excelência. A competência não é um estado de formação profissional, nem tampouco um conjunto de conhecimentos adquiridos ou de capacidades aprendidas, mas, sim, a mobilização e aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes em situação específica, no contexto de recursos e restrições que lhe sejam próprios (DELUIZ, 2006).

Logo, o setor produtivo vem solicitando à área da Saúde e Educação um modelo de educação que contemple a nova conformação do mundo do trabalho. Dessa forma, o termo competência vem adquirindo destaque na área de Educação, na qual os debates acerca das novas concepções de currículo têm se intensificado e resultado em ajustes inclusive metodológicos, a exemplo da implementação da Metodologia Ativa na formação em Saúde. Muitas instituições de Ensino Superior têm procurado elaborar seus projetos de cursos não mais centrados em conteúdos, traduzidos em uma grade de disciplinas, mas tendo como foco o desenvolvimento de competências. No Brasil, dentro do campo da Educação, a noção de competência aparece em documentos oficiais na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei 9394/96) tendo sido afirmada através de regulamentação específica. A LDB extinguiu os antigos currículos mínimos e conferiu maior flexibilidade e autonomia às instituições para a criação dos projetos político-pedagógicos dos cursos. A partir dessa disposição legal, é potencializada a adoção desse conceito como elemento organizador das ações nas instituições e das práticas docentes. (DUTRA, *et al*, 2013). Nessa lógica, o ensino superior também tem introduzido mudanças, visando a aproximá-lo da dinâmica do setor produtivo.

Pode-se pensar ainda a constituição das competências a partir dos chamados quatro pilares da educação, grosso modo, pode-se associar o saber-conhecer com o conhecimento, o saber-fazer com as habilidades e o saber-ser e saber-conviver com as atitudes. A competência não pode ser transmitida, ela deve ser construída de forma ativa, e nesse sentido, os modelos formativos baseados em metodologias ativas são uma referência para o desenvolvimento das competências dos alunos, tendo em vista que, em última instância, cada sujeito imprimirá sua marca pessoal ao seu processo de aprendizagem. Entre os muitos profissionais que venham a ser formados a partir de uma dada concepção curricular, haverá semelhanças, mas cada um terá a sua singularidade. Uma competência pode estar desenvolvida em diferentes níveis de complexidade e nunca é um produto final, acabado, mas um processo em permanente desenvolvimento.

Segundo Arruda (2000), os estudos sobre a competência revelam, ainda, suas diversas facetas e ramificações no que tange ao padrão educativo: a possibilidade de desvalorização da certificação escolar, tendo em vista a valorização na seleção para o trabalho de conhecimentos

tácitos; os estudos sobre cognição ainda não apresentaram elementos que possibilitem o deslocamento autônomo dos indivíduos de um campo a outro do conhecimento; a demanda por um padrão educacional que privilegie a autonomia no aprendizado e a mobilização do conhecimento individual em função da velocidade das mudanças e da competitividade.

Nesse tipo de trabalho exigido a partir da reestruturação produtiva/especialização flexível, o lugar do sujeito e das relações intersubjetivas passa a ser absolutamente central, na medida em que a mobilização psíquica do indivíduo, sujeito do processo de trabalho, constitui a pré-condição mesma de toda a atividade produtiva. (HIRATA, 2002). A tendência deste conceito atribui mais importância à aquisição de qualificações tácitas no local de trabalho do que às qualificações expressas. Entendendo qualificações tácitas como àqueles componentes não organizados da formação, ligada a trajetória subjetiva e a uma interpretação da história pessoal, socialmente construída.

Nesse sentido, as transformações do setor produtivo das sociedades contemporâneas se vinculam às mudanças na metodologia de ensino superior, pautadas em uma lógica de competências. Esse novo paradigma exige uma comunicação entre os profissionais das equipes de saúde e destes com os pacientes, modificando, portanto, as relações de poder, antes verticais e agora horizontais. Isso traz uma demanda de novos jeitos de fazer e atuar, especialmente no campo da saúde e consequentemente na docência em saúde.

1.4 - TRABALHO EM SAÚDE E O TRABALHO DOCENTE

As transformações no trabalho trouxeram, então, uma revisão nos conceitos de qualificação e a noção de competência está sendo uma dimensão importante nas diretrizes curriculares de todos os níveis de ensino e, especialmente, do ensino em saúde. As transformações sociais constantes repercutiram também nas políticas de saúde, tanto a nível macro como também nas singularidades locais. Nos mais variados contextos são introduzidas novas estratégias, métodos e modelos de organização, que sofrem influências do campo político, econômico e social, sobretudo, no cenário da Atenção Primária à Saúde, estratégia prioritária de atenção à saúde do SUS.

Parte-se do princípio de que a concepção de saúde e doença variou no tempo e no espaço conforme os sistemas de crenças, concepções científicas, organização política e outros. A própria transformação da sociedade, durante a Revolução Industrial, induziu a associação das doenças às condições de vida e de trabalho, concepção sustentada pela Teoria Social da

Medicina. Outros sistemas explicativos foram surgindo, a exemplo do modelo biologicista no final do século XIX, a partir da descoberta da existência das bactérias e outros microorganismos, o qual reforçou a supremacia do biológico sobre a condição humana. Nessa perspectiva, em um dado momento do desenvolvimento da Medicina e da clínica, houve uma excessiva cientifização e sofisticação tecnológica que culminou em uma “crise” de legitimidade caracterizada pelo uso indiscriminado de tecnologia, pela fragmentação da atenção ao indivíduo, pelo intervencionismo exagerado e por uma desatenção aos aspectos psicossociais e culturais do adoecimento. O modo do profissional de saúde trabalhar passou por uma profunda crise de paradigmas, manifestos no distanciamento entre o seu interesse e dos usuários; no isolamento nas relações produzidas com outros trabalhadores; no desconhecimento das práticas de outros profissionais, e no forte investimento em intervenções centradas em “tecnologias duras”, focadas na produção de procedimentos de alta densidade tecnológica. (GARCIA, 2017).

Dessa forma, essa evolução histórica assume formatos que se refletem nas Políticas de Saúde que são, pois, compreendidas como a forma histórica como o Estado conduz o problema das condições sanitárias da população. (GARCIA, 2017). No Brasil, a partir da segunda metade do século XX, com a produção teórica e crítica no campo da Saúde Coletiva, percebe-se a construção de novos modelos de atenção à saúde, em meio a uma luta de caráter contra-hegemônico. Esta nova concepção conquista espaço e acarreta mudanças no sistema de saúde, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988 e criação do SUS. A atenção volta-se para a família em seu território de vida, em uma lógica do cuidado considerando os distintos fatores contextuais, no qual a Atenção Primária à Saúde (APS) e o modelo baseado na Estratégia Saúde da Família são reordenadores das práticas.

De acordo com Garcia (2017) a APS parte da premissa de que o contexto e a sociedade interferem no modo de produção da saúde, visto que as pessoas adoecem e morrem em decorrência da forma como vivem. Ela apresenta diferenças fundamentais, quanto ao enfoque, em relação a atenção em saúde convencional, pois enquanto uma centraliza o cuidado na produção de saúde, a outra visa a extinção da doença. A APS procura a promoção, prevenção, recuperação e cura, enquanto a convencional busca apenas a cura. No que diz respeito a organização, a atenção primária tende a operacionalizar-se com clínicos gerais e equipes multiprofissionais, e em oposição, a atenção médica convencional conta com especialistas e consultórios individuais.

Vale mencionar, com isso, que um dos princípios do SUS intitulado como “Integralidade” implica na recusa ao reducionismo, recusa à objetivação dos sujeitos e talvez

uma afirmação da abertura para o diálogo. Reflete uma noção ampliada de saúde, na qual a relação do sujeito com a comunidade, a família, o trabalho, o lazer e tantos outros elementos estão inter-relacionados e revela as diferentes expressões de suas necessidades. O diálogo entre profissionais e usuários, portanto, não pode estar dissociado do território aonde vivem e atuam essas pessoas, trata-se da corresponsabilidade na tomada de decisão de um conjunto de ações. Por isso, a articulação de práticas de saúde, atrelada à noção de integralidade, exige uma “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. (GONZE, 2009).

Esse fato remete, por sua vez, à questão das ferramentas tecnológicas que o trabalho em saúde faz uso, denominadas de duras (os instrumentos), leve-duras (o saber técnico estruturado) e leves (as relações entre os sujeitos). O cuidado, que é essencialmente relacional, dependeria do modo como cada trabalhador articula tais ferramentas, visto que o trabalho em saúde é centrado no “trabalho vivo em ato”, à semelhança do trabalho docente; e a efetivação da “tecnologia leve” na saúde, expressa-se como processo de produção de “relações intercessoras” em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final. Ele representa, em última instância, as necessidades de saúde, com sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, publicizar as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do trabalho em saúde. (MERHY, 2002).

Partindo da premissa de que um saber não exclui o outro, a formação do profissional de saúde deve incluir o desenvolvimento de certas habilidades e competências que o preparem para as relações pessoais, a formação de vínculos e a convivência humanizada com os pacientes e com a equipe de saúde, lembrando que o vínculo pode ser peça-chave no restabelecimento da saúde, pois envolve aposta no tratamento, fortalecimento da auto-estima e participação ativa do paciente. Enfim, trata-se de desenvolver as tecnologias relacionadas aos vínculos, intrínsecas a cada estudante, fato considerado central na Metodologia Ativa. A integralidade em saúde pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações, visando garantir promoção, proteção e reabilitação.

O entendimento de que o usuário/paciente é uma pessoa constitui-se no sentido novo requerido à assistência à saúde. A ação em saúde, tendo o conceito de cuidado como central, desenvolve espaços de encontros entre o profissional e o sujeito e isso implica na incorporação de outros saberes para além dos típicos da saúde, a exemplo da sociologia, antropologia, direito, psicologia e outros. A singularidade do encontro entre sujeitos é carregada de imprevistos e o profissional deve ampliar seu espectro de ação. (GARIGLIO, 2012). Dentro desse contexto, as

qualificações tácitas fazem parte das competências consideradas prioritárias para o profissional de saúde. Tais qualificações são, comumente, associadas às mulheres, em virtude de serem aprendidas no âmbito doméstico da família, e inerentes as práticas sociais das quais elas fazem parte. Sendo, dessa forma, possível a valorização do processo de feminização do trabalho em saúde e da docência. Não obstante, outrora, tendo sido bastante desvalorizados tais saberes tácitos, segundo Durães (2012), por referirem-se a “talentos” femininos em contraposição às “qualificações” masculinas. Os saberes tácitos ganham novo e valorado status em relação ao coletivo e o/a docente passa a ser reconhecido/a pelos diferentes processos que participaram e participam do *saber-ser* e *saber-fazer*.

O trabalho em saúde, bem como a docência são, nessa perspectiva, casos exemplares de trabalho imaterial, o que se produz são bens imateriais, como conhecimento, informação, comunicação, afetos, reações emocionais, relações. No contexto da saúde, constata-se, portanto, duas dimensões: a dimensão cognitiva/linguística, ligada a resolução de problemas, e a dimensão afetiva, vinculada a produção e manipulação de afetos. As duas dimensões valorizam, então, a habilidade de conversar, pois praticamente todas as profissões da saúde envolvem técnicas de conversa, a exemplo da anamnese utilizada no contato inicial com o paciente. Essa técnica visa sondar a história da queixa do indivíduo, a partir de conversas dirigidas e, normalmente, definem a pragmática do encontro entre profissional de saúde e paciente. No entanto, equivocadamente, se usa essa oportunidade conversacional, de forma mecânica, quase como um adestramento e se perde a possibilidade de construir uma efetiva relação. (TEIXEIRA, 2005). Por isso a Metodologia Ativa, objeto deste estudo, tem como estratégia de ação o desenvolvimento da habilidade comunicativa, a escuta qualificada, com vistas a preparar o futuro profissional de saúde ao “encontro”/relação com o paciente. Dessa forma, a partir da relação, que está no centro da atenção à saúde, abre-se a escuta para as demandas que o paciente julga importante. Nesse contexto, torna-se relevante as questões de gênero.

Com isso, a identidade dos docentes das Instituições de Ensino Superior (IES) sofre repercussões tanto das transformações do mundo do trabalho em saúde, quanto das relativas ao perfil do egresso, o que exigiu novas estratégias metodológicas. A universidade tem, pois, o grande desafio de estar em sintonia com os novos tempos, as tendências do futuro e estar pronta a responder às novas demandas.

A docência, portanto, engloba uma heterogeneidade de ações desenvolvidas pelos professores que vai além do espaço da sala de aula (CRUZ, 2012), volta-se à formação de futuros profissionais, sustentadas por conhecimentos e saberes próprios, e alicerçadas em

relações interpessoais e vivências de cunho afetivo, valorativo e ético. A atividade docente não se esgota na dimensão técnica, mas, remete ao que de mais pessoal existe em cada professor, devendo ser valorizado a dimensão do sentimento, sob pena de provocar uma alienação, visto que é resultante de valores historicamente construídos nas relações vividas no interior da esfera pública, bem como nas relações sociais externas a ela.

Tardif (2002) esclarece que o “saber docente” se compõe de vários saberes vivenciados e provenientes de diversas fontes. Menciona a existência de um saber curricular, provenientes dos programas e dos manuais institucionais; o saber disciplinar, que constitui o conteúdo das matérias ensinadas; o saber da formação profissional, adquirido por ocasião da formação inicial ou contínua; o saber experiencial, oriundo da prática da profissão, e o saber cultural herdado de sua trajetória de vida e de sua pertença a uma cultura particular. Portanto, a diversidade do saber docente é produzida na prática e deve ser valorizada pela instituição, não se limitando ao conhecimento técnico específico dessa e daquela profissão. Grande parte do que os docentes sabem, advém da biografia pessoal de cada profissional, da experiência enquanto aluno e da socialização que ele viveu durante a jornada formativa. Este fato, acaba gerando o que Tardif classifica como “pluralismo de saberes”, que não podem ser medidos ou classificados.

Desse modo, toda essa transformação da lógica da formação, do sistema de saúde e das práticas do cuidado apontam também para a importância da articulação com a educação permanente para a indução de mudanças na formação de profissionais e gestores com características adequadas aos objetivos e princípios da atenção básica em saúde. Devendo a educação permanente ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. (BRASIL, 2012).

CAPÍTULO 2

2. BASES FILOSÓFICAS E POLÍTICAS DA METODOLOGIA ATIVA NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

Este capítulo aborda a concepção de teóricos que fundamentaram as transformações metodológicas/pedagógicas da educação, bem como descreve as políticas de saúde e educação que fomentaram a implementação de metodologias inovadoras no ensino superior em saúde. Desta maneira, tenta-se fundamentar, aqui, sobre as demandas sociais e educacionais que propulsionaram as metodologias ativas nos cursos de graduação em Saúde ao longo da história, visto que o conhecimento é histórico, parcial e interessado.

A construção de um projeto de educação efetivo e mais coerente com as demandas das pessoas e da sociedade implica em um movimento de ir e vir incessante e muitas tentativas e erros. Os caminhos são diversos, alguns mais fáceis e acessíveis, outros um tanto tortuosos e cheio de obstáculos. A educação é, por excelência, um campo do saber interdisciplinar que interpela a pluralidade de pontos de vista e de identidades disciplinares e mostra, a partir de sua história, as inúmeras transformações na forma de transmissão e assimilação de conhecimento, nas formas de acesso e ingresso, assim como em sua configuração metodológica. Os métodos de ensino, ações desenvolvidas pelo professor e responsáveis pela organização das atividades de ensino, tem o significado de ser “o caminho para chegar ao fim”, “trajeto para se chegar ao objetivo proposto”. (AURÉLIO, 2002). No caso da educação escolarizada, o fim último ou objetivo seria a aprendizagem do aluno de maneira eficaz. É exatamente isso que se objetiva entender neste trabalho, o porquê da opção metodológica considerada ativa no ensino superior em saúde, o modo como este fato se delineou especificamente nas universidades em que se pesquisa e, ainda, a forma como essa configuração contribui para uma leitura do gênero.

Cada método experimentado procurou promover aos educandos a apropriação dos conhecimentos necessários a cada momento histórico e são, normalmente, os momentos de crise social e política que impulsionam o repensar sobre a educação, logo a pedagogia é fruto das crises sociais e políticas. E assim conforme Charlot (2013, p.66) “O pensamento pedagógico só nasce em uma sociedade atravessada por conflitos. Quando uma sociedade coloca o problema da educação é porque se interroga sobre si mesma[...]”.

No ensino superior em saúde as transformações metodológicas estão ocorrendo como demanda do Sistema Único de Saúde (SUS), implementado a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990), que traz nos seus princípios características de uma nova forma de conceber e fazer a saúde, e consequentemente, um novo profissional se faz necessário. O SUS tem como foco a promoção da saúde e a prevenção de doenças, ações contidas na atenção primária à saúde, que objetiva maior resolutividade, eficiência e eficácia, e uma nova visão do processo saúde-doença, portanto, perpassa fundamentalmente pela discussão das competências profissionais e a incorporação de novas demandas ao processo de trabalho. Consequentemente houve uma reestruturação das políticas de educação culminando com a publicação das novas Diretrizes Curriculares no início do século XXI, de acordo com o Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, Nº 583, de 04 de abril de 2001 (BRASIL, 2001 - CNE/CES 583/2001). Esse processo de mudança das políticas da educação, no campo da Saúde, trouxe dentre tantos desafios, o de romper com modelos de ensino tradicionais a fim de formar profissionais de saúde diferenciados.

Sabe-se que a Pedagogia Ativa não é um consenso no meio acadêmico e, portanto, tem gerado polêmicas entre os teóricos defensores e contrários à utilização da mesma. Àqueles que são contra, argumentam dentre outras coisas que a pedagogia ativa/nova se vincula ao liberalismo, à liberdade individual e se apresenta contra normas e regras, que são para eles, a base para a educação. Diz-se que a pedagogia ativa não predispõe a disciplina e acredita-se que o indivíduo sendo “corrupto” por natureza (ROUSSEAU, 2004) necessita da pedagogia da regra, da norma para protegê-lo contra essa própria natureza. Para Charlot (2013) a questão não passa pela natureza humana, até porque, não há natureza humana e sim condição humana. Ocultar a dimensão social atrás de um discurso sobre a natureza humana, silencia as realidades sociais e encobre as desigualdades. O autor reitera que a pedagogia, seja ela tradicional ou renovada, mascara ideologicamente a significação política da educação. Considera que a pedagogia nova não constitui uma ruptura social e sim um “discurso generoso que desliza na realidade da educação” (CHARLOT, 2013, p.37), sem efetivamente mudá-la. Nesse sentido, se entende que a pedagogia pode, muitas vezes, ocultar o significado político da educação.

Por outro lado, os teóricos que defendem a pedagogia ativa rejeitam a ideia da natureza corrupta do sujeito, que é tido, pelos mesmos, como naturalmente inocente, criativo, espontâneo. Reforçam a necessidade de uma metodologia para uma prática de educação

libertadora, na formação de um sujeito apto a aprender a aprender, dotados de raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade.

Diante disto, procurou-se neste capítulo, elucidar como surgiu a pedagogia ativa; as políticas educacionais que fundamentam essa metodologia; os pressupostos teóricos e filosóficos desta pedagogia e, também, a maneira que a Metodologia Ativa converge com as políticas de gênero.

Para tanto, este capítulo está organizado em duas partes. Na primeira são apresentadas as ideias de alguns teóricos considerados como precursores da pedagogia nova/ativa ao longo da história da educação, elencando suas convergências, divergências e complementariedade. Rousseau, Locke, Dewey, Pestalozzi, Montessori, Calkins, Freinet e Freire são citados como referências da dita pedagogia nova e, portanto, elucidaram esta análise. Além destes, apresenta-se o pensamento de Comenius, em sua *Didática Magna*, considerada como a grande obra da educação. E na segunda parte trata-se de algumas políticas, programas, portarias e leis que orientam o uso de metodologias ativas no ensino superior.

2.1 - BASES HISTÓRICA E FILOSÓFICA DA METODOLOGIA ATIVA

As metodologias apontam um caminho a ser seguido e, para tanto, necessitam de pressupostos teóricos, filosóficos, científicos e técnicos, que lhe deem sustentação e orientem sua operacionalização. Nesta perspectiva, antes de apontar as metodologias ativas e sua implementação convém entender as influências sofridas ao longo do tempo.

Iniciamos com Comenius (século XVII) quando questiona a rigidez dos métodos de ensino e sugere um método mais fácil para a educação infantil que proporcione a aproximação das crianças ao ensino e não o seu afastamento, que elas se sintam seduzidas por ele, a fim de que encontrem nos estudos um prazer não inferior ao que sentem quando passam o dia inteiro a brincar ou correr. O referido método e os princípios de tudo deveriam ser extraídos da própria natureza das coisas; a verdade demonstrada através de exemplos paralelos das artes mecânicas. Sugere que o homem seja guiado por sua própria razão e não pela de outra pessoa e que se habitue a ler e a entender nos livros as opiniões alheias e a guardá-las, e, ao penetrar por si mesmo na raiz das coisas, delas extraia o autêntico conhecimento e utilidade. (COMENIUS, 2006).

Locke (1632-1704) em seu “Ensaio acerca do entendimento humano” se prontifica a investigar sobre a origem e o alcance da compreensão humana. Considera as palavras como

prioridade ontológica do pensamento da linguagem, essência real, prática, social e não natural. Para poder comunicar é necessário compartilhar o mesmo significado, senão não haverá comunicação. Para Locke a ideia é o objeto do pensamento e todas as ideias derivam da sensação ou reflexão e, portanto, todo o nosso conhecimento está fundado na experiência que deve ser empregada tanto nos objetos sensíveis externos como nas operações internas de nossas mentes que são por nós mesmos percebidas e refletidas. A reflexão significa a mente observando suas próprias operações, como elas se formam e como elas se tornam as ideias dessas operações no entendimento. As ideias, portanto, derivam das sensações das coisas materiais externas e das operações de nossa própria mente, a reflexão, que nos garante a ideia de percepção das coisas. Por fim, o conhecimento decorre da percepção de acordo ou desacordo de qualquer ideia, é fruto da investigação. (LOCKE, 1983).

Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) na obra *Emílio*, considerada o primeiro tratado sobre filosofia da educação no mundo ocidental, apresenta o que se pode ter por prenúncio dos métodos ativos. Nela este pensador valoriza a experiência, devendo esta preceder a teoria, assim como o concreto à abstração. Diz que para sustentar a curiosidade do aluno não se deveria ter pressa em responder às perguntas, por isso propõe, ao invés disso, oferecer-lhe questões a resolver. Comenta ainda que não há dúvidas de que se adquirem noções mais claras e seguras das coisas quando se aprende por si mesmo do que quando se aprende pelo ensino dos outros. Segundo este autor “A educação não é certamente senão um hábito” (ROUSSEAU, 2004, p.12). Valoriza os sentidos por acreditar que tudo que entra no conhecimento humano entra pelos sentidos, a primeira razão do homem é uma razão perceptiva; ela é que serve de base à intelectual: “[...] nossos primeiros mestres de filosofia são nossos pés, nossas mãos, nossos olhos” (p 121). Criticava a educação impositiva e partia do pressuposto de que o homem nasce naturalmente bom e que a sociedade é quem o corrompe. Rousseau sistematizou toda uma nova concepção de educação, depois chamada de escola nova, foi considerado um precursor da pedagogia de Maria Montessori (1870-1952) e John Dewey (1859-1952).

Na mesma linha de raciocínio, Pestalozzi (1746-1827) já enfatizava a não transmissão de conteúdo, mas em aproveitar o conhecimento prévio das crianças, critério hoje muito difundido, aceito e praticado nas metodologias ativas, pois “a atenção de uma criança se extingue com longas explicações, ao passo que se ativa com perguntas vivas” (PESTALOZZI, 2006, p.120), fazendo com que a pessoa desenvolva a autonomia necessária na produção do conhecimento. Este autor é considerado o pai da ciência educacional moderna, cujas ideias provocaram modificações nas concepções de ensino e método. Pestalozzi sugere um método

em que se evitem longas explicações, pois a atenção da criança logo se extingue, ao passo que se ativa com perguntas vivas. Os assuntos não devem ser tratados de modo exaustivo, e sim a partir de perguntas sobre o assunto procurando que o mesmo encontre a resposta e a corrija. O educador seria como um jardineiro e deveria tratar a educação não meramente como uma questão de palavras, mas sim de ação, de atividade. Desta forma o conhecimento seria, em grande parte, conduzido pelo próprio aluno, com base na experimentação prática e na vivência intelectual, sensorial e emocional. Valoriza o “aprender-fazendo”. Para ele a primeira regra seria ensinar sempre se servindo de coisas mais do que de palavras, mostrar o objeto e fazer a criança senti-lo. Ainda para que se formasse um conceito, seria crucial além de expor o objeto aos sentidos, explicar sobre as propriedades do mesmo, sua origem, utilidade, eficácia e valor. Quando não se puder mostrar o objeto, apresentar-lhes desenhos dos mesmos. Pestalozzi foi contra o adestramento mecânico da memória.

Outro autor que contribuiu neste caminho foi Calkins (1822-1885) quando vislumbrou uma pedagogia onde o sujeito fosse um ativo colaborador de sua própria instrução, com foco na realidade, intuição, observação e sentidos para vencer os processos verbalistas e o formalismo da escola. Sua proposta condena as nomenclaturas e repudia as noções a priori, esboçando um ensino que parte do interesse dos alunos e a partir dele se desenvolve com método adequado. Possui forte influência de Pestalozzi em seus escritos ao estabelecer que a observação é a base de todo o conhecimento, portanto, a prática reflexiva para construção do conhecimento e educação do homem, ao afirmar que “graças a observação, comparação e classificação das experiências e dos fatos, alcançamos o conhecimento” (CALKINS, 1886, p.4).

Entretanto, somente no Século XX, segundo Gal (1960), com a contribuição da psicologia e de pensadores como Dewey (1859-1952), Piaget (1896-1980), entre outros, é que surgiram contribuições mais sistematizadas para configurar o que hoje denominamos métodos ativos. Inicialmente foram utilizados na educação de crianças e são precursores desse método Maria Montessori (1870-1952, Itália), Celestin Freinet (1896-1966, França) e Jean Ovide Decroly (1871-1932, Bélgica) e Kerchensteiner (1854-1932, Alemanha).

Freinet também sofreu influências do movimento da Escola Nova, entendia a necessidade de se rever a educação mundial, no entanto fez também duras críticas, pois, segundo o mesmo, a pedagogia nova era por demais exibicionista, atraente na aparência, mas vazia no fundo. Comparava a uma escola nova burguesa que levava ao individualismo e a um reforço da competição. A pedagogia de Freinet tem na sua bagagem fundamentos do socialismo

e é considerada uma educação pelo trabalho, tem como princípios o tateamento experimental, a cooperação e a expressão livre. Para Freinet é a partir da ação e da relação homem-natureza-cultura que se fomentam as aprendizagens necessárias ao ser humano. (DIAS, 2012).

Dewey critica a educação tradicional em que os alunos são deliberadamente levados a repetir a matéria exatamente como os mais velhos a concebem, pois aquilo que é instintivamente original na individualidade se perde. Sugere um trabalho individual enquanto ideia de educação genuína, singular, original, maneiras como os alunos se aproximam do tema e como as coisas os atingem – algo incapaz de ser antecipado por completo mesmo pelo professor mais experiente. O indivíduo intelectualmente livre é aquele que tem uma dúvida, instiga sua curiosidade, alimenta seu ímpeto de informação que o ajuda a lidar com ela, dando-lhe o comando do equipamento para efetivar seus interesses. Caso contrário, sua atenção aparente, sua docilidade, suas memorizações e suas reproduções serão contaminadas pelo servilismo intelectual – indivíduos sem ideias próprias, manobrados pela autoridade social. Uma sociedade democrática admite a liberdade intelectual. Propõe formar indivíduos relacionados e integrados, entendendo que sociedade significa associação. (DEWEY, 1998). Para ele conhecer não pode ser atividade de um mero observador ou espectador, por isso propõe o método experimental que considera ser a grande força para a transformação na teoria do conhecimento, onde o pensamento é útil quando a antecipação de consequências se faz com base na completa observação das condições presentes. Esse método pressupõe o pensamento reflexivo que visa produzir alteração em algo, portanto faz-se a observação sistemática dos fatores envolvidos; em seguida, elaboram-se hipóteses, norteadoras de ações; testam-se as hipóteses. Modifica especialmente não as coisas, mas quem o utiliza. Diz que a função do conhecimento é tornar uma experiência livremente aproveitável em outras experiências. O conhecimento tem caráter transformador, visa o futuro, difere do hábito que fixa. Portanto, ter conhecimento é agir livremente em face de novos problemas, tendo em vista o que foi experimentado antes.

Dentre as ideias centrais do método de Dewey, as quais identifica-se grande afinidade no método ativo aqui investigado, pode-se citar: aluno no centro do processo pedagógico; professor como mobilizador; educação centrada na capacidade do raciocínio e espírito crítico do aluno; educação deve servir para resolver situações da vida. O educador não deve estabelecer seus próprios objetivos como adequados ao desenvolvimento dos alunos, da mesma forma que não seria adequado um fazendeiro fixar um ideal agrícola independentemente das condições reais. A educação deve basear-se nas atividades e necessidades intrínsecas de determinado

indivíduo a ser educado. Dewey critica o método imposto de cima para baixo de maneira autoritária, e propõe uma educação significativa que não estabelece fins abstratos para o futuro, mas focaliza os problemas do presente e que reconcilie a educação liberal com o treinamento para a utilidade social, com capacidade de participar eficiente e alegremente das ocupações produtivas. Sociedade e indivíduo são conceitos integrados, a sociedade não teria importância sem a participação dos seus membros individuais, assim como o indivíduo só passa a ser um conceito significativo quando considerado como parte inerente de sua sociedade.

Não haveria aprendizagem genuína em processos divorciados da experiência, onde se memorizam fatos sem perceber os relacionamentos, gerando então um conhecimento superficial e destituído de significado pessoal para quem aprende. A aquisição de significado, portanto, é essencial para uma experiência educativa e requer um ato de reflexão. A reorganização da experiência pelo pensamento muda sua qualidade. O que antes estava oculto na intimidade da natureza torna-se explícito através do pensar. A experiência reflexiva é o sustentáculo de todo processo de aprendizagem; o problema derivado da experiência é o ponto de partida desta aprendizagem (ABREU, 2009).

As contribuições de Dewey anteciparam as ideias de outros autores, do que é conhecido como Escola Ativa, Escola Nova ou Escola Progressiva, proposta ativista, absolutamente antagônica ao movimento da escola tradicional. Exponente deste movimento na América e inserida no Brasil em 1882 por Rui Barbosa (1849-1923) em busca de renovação no ensino. Um dos méritos do movimento da Escola Nova foi valorizar no educando a liberdade de ação, algo oposto aos preceitos da Escola Tradicional, onde o aluno era cerceado em toda a sua espontaneidade e livre expressão. Para Dewey (1998) a escola não pode ser uma preparação para a vida, mas sim, a própria vida. Portanto, a educação tem como eixo norteador a vida-experiência e aprendizagem, fazendo com que a função da escola seja a de propiciar uma reconstrução permanente da experiência e da aprendizagem dentro de sua vida. Ou seja, a educação teria uma função democratizadora de igualar as oportunidades.

Já Paulo Freire pertence a outra corrente de pensamento. Conforme Zitzoski (2006) esse teórico e educador se preocupou com a problemática da libertação das pessoas e de suas vidas desumanizadas pela opressão e dominação social. Suas contribuições constituem a base do que se convencionou denominar "educação libertadora". Desenvolve seu pensamento na esperança de que a educação possa contribuir para emancipação social em sociedades com fortes traços de exclusão.

Enquanto Dewey (1998) apostava nas possibilidades da democracia que ainda não

existia, conforme ele mesmo acreditava em 1916 em meio a primeira guerra mundial, Freire já tendo vivido os insucessos da democracia idealizada, educava para uma ação transformadora (Abreu, 2009). Este reconhecia as mudanças sociais (sobretudo nas últimas décadas) e as novas formas de opressão pelo capital financeiro, e o instrumento para sua proposta de uma educação libertadora era o diálogo: através do diálogo radical entre a reflexão e a ação, amparado pela dialética, problematiza-se a realidade. Assim, Paulo Freire defendia esta pedagogia problematizadora (que se contrapõe à educação bancária), de caráter reflexivo e que implica em um constante desvelamento da realidade (ZITKOSKI, 2006).

Nesse sentido, pode-se inferir que as metodologias ativas utilizam a “problematização” como uma das estratégias de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (PENAFORTE, 2001).

Estas afirmações, me remetem à minha⁵ experiência docente em uma disciplina chamada Saúde e Cidadania (SACI) na UFRN que tinha como pressuposto teórico a abordagem da “problematização” de Paulo Freire e consistia em levar os alunos a uma Unidade de Saúde da Família para que eles pudessem experimentar a realidade da saúde naquela localidade, identificar as problemáticas mais pulsantes e a partir de então elaborar hipóteses de solução para modificar a realidade. A experiência era considerada pelos alunos, em um primeiro momento, aterrorizante, pois ao se deparar com fatos de vida reais problemáticos e pensar sobre o que fazer diante deles causava uma sensação de impotência e engessamento, portanto, parecia não fazer muito sentido naquele momento.

Muitos alunos evitavam esse enfrentamento e tardavam em se matricular na disciplina. No entanto, aos poucos todos nós, alunos e também a professora, íamos nos apropriando das sutilezas da localidade, conhecendo os moradores, ouvindo suas histórias, suas labutas, seus processos de adoecimento e cura e, dessa forma, tornávamo-nos parte daquela realidade. Sair para campo a fim de conhecer cada área, fazer visitas domiciliares acompanhados da equipe de

⁵ Justifico a utilização novamente da primeira pessoa do singular, nesse momento, por se tratar de uma experiência pessoal em consonância com a temática discutida.

saúde da família e seu respectivo agente comunitário de saúde tornou possível o empoderamento das questões ali ressaltadas. Percebemos as necessidades daquela comunidade, elencamos as prioridades, criamos hipóteses de solução, elaboramos coletivamente entre nós e a comunidade de forma participativa as estratégias de solução e implementamos as ações. Ao final, todos saímos fortalecidos e motivados a enfrentar os problemas de saúde na vida real da nossa sociedade. A experiência explicitada mostra que a aproximação do aluno com a vida real e a experimentação dos fatos, de que fala muitos teóricos citados no decorrer deste texto, favorece sobremaneira o aprendizado.

Nesse sentido, Zanotto (2003) discute a problematização em Dewey e Freire. Para o primeiro, é enfatizado o sujeito ativo, que precisa ter uma situação autêntica de experiência, com propósitos definidos, interessantes e que estimulem o pensamento. Após observar a situação, irá buscar e utilizar as informações e instrumentos mais adequados, devendo o resultado do trabalho ser concreto e comprovado por meio de sua aplicação prática. Para Freire, a ação de problematizar enfatiza a práxis, na qual o sujeito busca soluções para a realidade em que vive e o torna capaz de transformá-las pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. Nessa ação, ele detecta novos problemas num processo ininterrupto de buscas e transformações (COUTINHO, 2011).

Arelado a este entendimento, convém salientar a importância das reformas do ensino superior e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001, que sucederam estudos em relação às metodologias de ensino nas universidades em diversas áreas do conhecimento, principalmente naquelas que formam profissionais do campo da saúde, no intuito de discutir o perfil, as competências e habilidades desses profissionais dentro das novas propostas de política de atenção e assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) (COUTINHO, 2011).

Feuerwerker e Ceccim (2004) já enfatizavam que as metodologias ativas têm relação com a mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade (disposto nas DCN), sendo uma questão de ordem jurídica, técnica, e política para a formação dos profissionais de saúde, em conformidade com as necessidades da saúde da população, ao destacar as competências em educação e saúde dos setores nessa construção.

Essa abrangência é vista como o principal impulso para propor e apoiar as necessárias mudanças na formação de profissionais com conhecimento interdisciplinar e práticas dialógicas, assim como o intercâmbio com os usuários do sistema de saúde, que visam à inovação das práticas em todos os cenários de cuidados de saúde e gestão. Tudo isso fundamenta

a discussão em torno das bases que sustentam ou refletem as metodologias ativas aplicadas na contemporaneidade.

Importante destacar que a história da Pedagogia é muito sexista, comumente se lê nela a referência aos meninos e homens e quase nada as meninas e mulheres. No entanto, vale lembrar que há, na literatura educacional, confirmações da ocorrência de processo de feminização na área da educação em certos países, a exemplo da Inglaterra e País de Gales, Estados Unidos, Espanha, Portugal e Brasil. A atividade docente foi progressivamente passando de trabalho de homem a trabalho de mulher, sendo a inserção destas na educação consolidada pelo abandono dos homens em decorrência da sua desvalorização. Da mesma maneira outras ocupações, como a saúde, passaram por um processo de desqualificação e consequente feminização. (DURÃES, 2012).

2.2 - BASES POLÍTICAS DA METODOLOGIA ATIVA

2.2.1 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

Todas as transformações metodológicas mencionadas têm sua fundamentação em documentos oficiais, como por exemplo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 20 de dezembro de 1996, que objetiva disciplinar a educação escolar em instituições nos diversos níveis acadêmicos e estabelece algumas orientações e diretrizes gerais do ensino. A LDB institui que a educação deve vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social e, portanto, deve preparar o aluno para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. No seu artigo 3º estabelece os princípios do ensino:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber; III - pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas (grifo do pesquisador); IV - respeito à liberdade e apreço à tolerância; V - coexistência de instituições públicas e privadas de ensino; VI - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais; VII - valorização do profissional da educação escolar; VIII - gestão democrática do ensino público, na forma desta Lei e da legislação dos sistemas de ensino; IX - garantia de padrão de qualidade; X - valorização da experiência extra-escolar; XI - vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais; XII - consideração com a diversidade étnico-racial. (BRASIL, 1996).

No capítulo 4º que trata da educação superior propriamente estabelece as prioridades desse nível de ensino:

I - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; [...] VI - estimular o conhecimento dos problemas do

mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade (grifo do pesquisador); VII - promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição; [...](BRASIL, 1996).

Vê-se nos capítulos 3 e 4 da LDB, citados, considerações gerais sobre o ensino superior que vislumbram um repensar metodológico quando cita, por exemplo, a liberdade de aprender e ensinar; o pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo, que são as bases fundantes da Metodologia Ativa e também as bases que estruturam as políticas de gênero. Orientações estas que são detalhadas amiúde nas Diretrizes Curriculares Nacionais do ensino superior como veremos a seguir.

Além disso, a noção de competência passa a aparecer nos documentos oficiais dentro das novas concepções de currículo, tendo a LDB extinto os antigos currículos mínimos e conferido maior flexibilidade e autonomia às instituições para a criação dos projetos político-pedagógicos dos cursos. A partir dessa disposição legal, é potencializada a adoção do conceito de competência como elemento organizador das ações nas instituições e das práticas docentes. (DUTRA, *et al*, 2013).

Dessa forma, o termo competência vem adquirindo destaque na área de Educação, na qual os debates acerca das novas concepções de currículo têm se intensificado e resultado em ajustes inclusive metodológicos, a exemplo da implementação da Metodologia Ativa na formação em Saúde. Muitas Instituições de Ensino Superior têm procurado elaborar seus projetos de cursos não mais centrados em conteúdos, traduzidos em uma grade de disciplinas, mas tendo como foco o desenvolvimento de competências. No Brasil, dentro do campo da Educação, a noção de competência aparece em documentos oficiais na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei 9394/96) tendo sido afirmada através de regulamentação específica. Nessa lógica, o ensino superior também tem introduzido mudanças, visando a aproximá-lo da dinâmica do setor produtivo.

2.2.2 - Diretrizes Curriculares Nacionais

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das

grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional, e ainda, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. (BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino superior em saúde foram elaboradas por curso e teve como base de fundamentação a Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde 8.080 de 19/9/1990; a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394 de 20/12/1996; a Lei que aprova o Plano Nacional de Educação 10.172 de 9/1/2001; o Parecer CNE/CES 776/97 de 3/12/1997; o Parecer CNE/CES 583/2001 de 4/4/2001; a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; o Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; os Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA e todos os Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde. São abordados neste capítulo àqueles documentos que tratam mais diretamente das mudanças metodológicas.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde apontam as características do profissional a ser formado – generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de trabalhar em equipe –, para que as escolas adaptem seus projetos político-pedagógicos para formar profissionais com competência para atender às necessidades de saúde na dinâmica do contexto (BRASIL, 2001). As escolas devem se aproximar dos serviços, em todos os níveis de atendimento, e da comunidade com interação, de forma coerente e sinérgica com o prescrito na Constituição, segundo a qual o Sistema Único de Saúde (SUS) deve regular a formação de recursos humanos para o atendimento em saúde (BRASIL, 1988).

Todos esses aspectos dão coerência às DCN que orientam as instituições de ensino para inserir em seus currículos conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar. Devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo (LAMPERT et al, 2009). Nesse sentido, se entende que a Metodologia Ativa em questão, facilita a reflexão e inserção das questões de gênero nos conteúdos programáticos, pois no contexto dos determinantes sociais o gênero é um elemento

normativo da vida de homens e mulheres. Dizem respeito, igualmente, às políticas de saúde, às formas de prestação e aos prestadores de cuidados, mas também às práticas educativas nos vários contextos de socialização, em particular na escola e na universidade. Por mais que em nenhum documento oficial das políticas educacionais se observe especificamente a expressão “gênero”, subentende-se que ele esteja implicitamente presente.

O SUS é uma conquista da reforma sanitária junto a Constituição Federal Brasileira de 1988. A criação do Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.080 conferiu legitimidade aos princípios de: a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; b) integralidade da assistência (compreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigida para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema); c) equidade na disponibilização de recursos e serviços (de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais precisam); d) participação social como direito e dever (a sociedade é chamada a participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular, cabendo ao poder público garantir condições para a participação); e) descentralização (processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios em atendimento às determinações constitucionais e legais, estabelecendo-se atribuições comuns e competências específicas para a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios); f) divulgação de informação (quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário); g) igualdade da assistência à saúde (sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie); h) participação da população (Brasil, 1990).

No processo de implantação desta ampla e democrática reforma sanitária, coube à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDBN (2001) orientar os cursos de graduação das profissões de saúde no Brasil, para uma formação discente voltada a contribuir para a melhoria da assistência prestada aos usuários do SUS. O projeto pedagógico deveria ser coletivo, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como um facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2011).

A construção/adequação dos novos currículos deveria responder aos desafios do novo século, desenvolver uma visão do todo e promover redes de mudanças sociais (com base numa ampliação da consciência individual e coletiva) por meio de métodos inovadores (capazes de compreender o homem como um ser histórico) e do cumprimento de uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora (MITRE et al, 2008).

Para atender as necessidades de adequação no campo das políticas pedagógicas e atingir os resultados esperados passou-se a fomentar o uso de metodologias ativas como estratégias e/ou recursos de ensino-aprendizagem. Estas metodologias, fundadas numa dinâmica de problematização, visavam/visam “alcançar” e motivar o discente a, diante de um problema, se deter, examinar, refletir, relacionar a sua história e ressignificar suas descobertas (MITRE et al, 2008).

Passados alguns anos de efetivação, essas práticas encontram-se disseminadas e identificadas por diferentes nomenclaturas: “técnica de ensino”, “método de ensino”, “metodologia”, “pedagogia”, “modelo dialógico de Educação em Saúde”, “proposta pedagógica”, “proposta curricular”, “estratégia de ensino PBL”, “procedimento metodológico”, “metodologia problematizadora”, entre outras.

A partir das novas DCN e LDBN descritas surgiram programas e respectivas portarias que tinham como meta viabilizar as transformações ora requeridas. Citam-se como exemplos:

2.2.3 - Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED

O PROMED foi regulamentado pela portaria interministerial N°. 610, de 26 de março de 2002 e teve como objetivo incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina, aprovadas pelo Ministério da Educação. Dentre os seus objetivos, destaca-se: inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro, e favorecer a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a autoeducação continuada.

2.2.4 - Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – PRÓ-SAÚDE

O PRÓ-SAÚDE, por sua vez, contemplou todos os outros cursos de saúde, foi regulamentado pela Portaria Interministerial N° 3019/2007 e teve inspiração na avaliação do Promed, que foi dirigido às escolas médicas, e incentivou e manteve processos de transformação em 19 escolas médicas brasileiras. O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os

processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pela IES, que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS. O Pró-Saúde é fruto de uma parceria de grande importância entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2005).

A proposta formulada leva em conta as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para essas profissões, bem como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), criado pela Lei n.º 10.861, de 14 de abril de 2004, que é o novo instrumento de avaliação da educação superior do MEC/Inep. Para a formulação desse programa, foi levado em conta a dificuldade de concretização das propostas do Programa Saúde da Família. Três cursos foram inicialmente contemplados no Pró-Saúde – Medicina, Enfermagem e Odontologia, sendo posteriormente ampliado para contemplar todos os cursos na área da saúde, cujos egressos fazem parte da estratégia do Programa Saúde da Família em todo o Brasil. A experiência do Promed, seus erros e acertos serviu de base para a elaboração do Pró-Saúde. No nosso País, com educadores da estirpe de Paulo Freire, fica claro que a capacidade de se construir alternativas nacionais já faz parte de nossa história, em que a problematização da prática certamente sugere a abordagem de solução de problemas. (BRASIL, 2005).

O Pró-saúde foi planejado em três eixos, a saber: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, os quais envolvem vetores específicos. O eixo orientação pedagógica visa estruturar o processo de ensino-aprendizagem e comporta três vetores, que são a análise crítica da atenção básica, a integração básico-clínica e a mudança metodológica. Diz especificamente que o processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos, participando da análise do próprio processo assistencial em que estão inseridos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo.

Um conceito-chave de um modelo pedagógico consequente é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento, assumindo que ele acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação. Pretende-se a integração entre os atuais ciclos básico e clínico. A problematização orientará a busca do

conhecimento e habilidades que respaldem as intervenções para trabalhar as questões apresentadas, tanto do ponto de vista da clínica quanto da saúde coletiva. Considerando-se a velocidade vertiginosa com que se produzem e são colocados à disposição conhecimentos e tecnologias no mundo atual, um dos objetivos fundamentais de aprendizagem do curso de graduação é o de aprender a aprender. Isso requer o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informação, incluindo a advinda de sua própria experiência profissional. O vetor nove desse programa traz a mudança metodológica como foco e orienta que seja o ensino baseado majoritariamente em problematização, em grupos pequenos, ocorrendo o ensino em ambientes diversificados, IES, serviços públicos de saúde, associações, entre outros. As atividades são estruturadas a partir das necessidades de saúde da população. Utiliza-se a avaliação formativa e somativa na Metodologia Ativa na perspectiva de avaliar todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades).

Nesse sentido, as instituições de ensino nos dias de hoje sentem os impactos da atual conjuntura mundial em um contexto de globalização, vivência em redes, contradições e incertezas e buscam integrar na reflexividade o desafio de repensar coletivamente seu papel na sociedade e na formação de recursos humanos adequados às necessidades do país. Portanto, ainda que não tendo sido mencionada a temática de gênero, de forma explícita, nas diversas portarias e programas, entende-se que ela está contida em todo esse processo, a medida que se enfatiza a noção do cuidado ampliado em saúde, na perspectiva da integralidade, e a necessidade de se valorizar as qualificações tácitas do futuro profissional. Gênero não estrutura, pois, explicitamente os documentos oficiais das políticas de educação aqui discutidas, no entanto aparece sim nas entrelinhas tanto da revisão educacional pautada na Metodologia Ativa como na estrutura do Sistema Único de Saúde que fundamenta as DCN.

CAPÍTULO 3

3. GÊNERO E IGUALDADE DE DIREITOS

A intenção deste capítulo é fundamentar histórica e socialmente as várias perspectivas e distinções de gênero construídas por força das relações de poder na sociedade, assim como refletir sobre as transformações desta categoria e suas inúmeras possibilidades de reconstrução.

Sabendo que “gênero” é um paradigma que muito tem avançado nas discussões acadêmicas e políticas se entende como necessário uma redefinição no sentido de contemplar todos os “sujeitos” e desvelar as injustiças produzidas ao longo da história da humanidade. As injustiças sociais pautadas nas diferenças, na “norma” e no “legal” é fruto/efeito de um discurso de poder regulatório e rígido no qual a identidade de gênero se constrói.

Sob o aspecto metodológico, este capítulo encontra-se ordenado nos seguintes procedimentos e etapas: i) Histórico-conceitual - retrospectiva histórica da organização e das lutas do movimento feminista mundial e brasileiro por igualdade de direitos e contra o tradicional poder patriarcal (local de partida das discussões de gênero); ii) Interpretativo – os argumentos acerca da “naturalização” dos papéis historicamente impostos ao homem e à mulher e a imperiosa necessidade de (re)construção de novas identidades sociais entre os gêneros.

A construção histórico-política da situação de submissão feminina ainda se reflete na conjuntura atual e é sustentada pela teoria da mulher como sexo frágil e pela oposição entre homem e mulher justificada pelos aspectos biológicos. O modo de se expressar dos sujeitos encontra-se contaminado por discursos naturalizados, em que a linguagem é utilizada para reforçar padrões de comportamentos sociais estereotipados como tipicamente masculinos ou femininos, ao invés de promover a reconstrução de novas identidades sociais visando à afirmação da igualdade e do respeito às diferenças na trama social dos gêneros.

3.1 - BREVE RETROSPECTO DO MOVIMENTO FEMINISTA NA LUTA POR IGUALDADE DE DIREITOS E CONTRA O PODER PATRIARCAL

Em primeira instância neste tópico, traz-se uma discussão sobre o movimento feminista por ser este o local de partida dos estudos de gênero. Sabe-se, portanto, que os estudos de gênero avançaram no campo do feminismo para uma perspectiva de análise do poder das relações,

sejam elas entre homens e mulheres, entre mulheres, entre homens, entre os mais distintos gêneros.

O movimento feminista trouxe um questionamento sobre os direitos, sobre as relações sociais, e também está relacionado com vários campos do conhecimento, bem como com o campo da Saúde, de que trata esta tese, em uma discussão interdisciplinar e transversal.

Historicamente, conforme Cancian (2013), a mulher viveu sob condições de subjugação familiar, inferioridade social e limitação de exercício dos direitos políticos. Foi somente a partir do século XVIII que se iniciou um movimento de reivindicação dos direitos da mulher desencadeado pela racionalidade política, econômica e social liberalizante do Iluminismo e impulsionado pelos ideais de liberdade, igualdade e solidariedade da Revolução Francesa. Mesmo que o termo “feminismo” tenha surgido apenas no final do século XIX, a luta das mulheres por igualdade de direitos e contra a estrutura hierárquica de poder patriarcal pode ser dividido em quatro momentos históricos:

- i) as reivindicações por direitos democráticos (voto, divórcio, educação e trabalho) nos séculos XVIII e XIX, representando a primeira onda do movimento feminista;
- ii) a liberação sexual advinda da revolução sexual (ampliação dos métodos contraceptivos, debate sobre o direito ao aborto e vinculações libertárias entre música, droga e sexo), bem como a luta por igualdade nas relações de trabalho produtivo entre os gêneros no fim da década de 1960 até 1980, representando a chamada segunda onda do movimento feminista;
- iii) olhar crítico sobre o próprio movimento no início da década de 1990, ou seja, a terceira onda do movimento feminista.
- iv) circuitos de difusão feministas a partir de distintas correntes horizontais de feminismo (acadêmico, negro, lésbico, masculino, etc.), considerada a quarta onda feminista.

Em 1791, a revolucionária francesa Olímpia de Gouges compôs uma célebre declaração, proclamando que a mulher possuía direitos naturais idênticos aos dos homens e que, por essa razão, tinha o direito de participar, direta ou indiretamente, da formulação das leis e da política em geral. Embora rejeitada pela Convenção, a *Declaração de Gouges* tornou-se o símbolo mais representativo do feminismo racionalista e democrático que reivindicava igualdade política entre os gêneros. No século XIX, o movimento feminista encontrou eco na emergente sociedade liberal europeia. A Inglaterra era o núcleo irradiador do feminismo emancipacionista, e a luta

centrava-se na obtenção de igualdade jurídica. Todavia, o movimento emancipacionista das mulheres estava associado às contradições que permeavam a sociedade liberal da época, onde as leis em vigor formalizavam juridicamente as combatidas diferenças entre os sexos masculino e feminino. (CANCIAN, 2013).

Não é sem razão que outra pioneira do movimento feminista foi a escritora inglesa Mary Wollstonecraft (1759-1797), autora do livro *Em Defesa dos Direitos das Mulheres* (1792) sobre a importância do papel da educação para a vida das mulheres. Em 1897, com a criação da União Nacional pelo Sufrágio Feminino pela educadora inglesa Millicent Fawcett (1847-1929), a luta das mulheres pelo direito ao voto adquiriu fortes contornos em face do contexto da industrialização/urbanização presente na realidade da Inglaterra no século XIX. (CANCIAN, 2013).

Em 1893, a Nova Zelândia ganha destaque internacional como o primeiro país a reconhecer o direito das mulheres de votar, enquanto que na Inglaterra, o voto feminino somente foi aprovado em 1918. Entre 1914 e 1939, as mulheres adquiriram o direito ao voto em 28 países, entre os quais os Estados Unidos da América, em 1920 (19ª Emenda), e o Brasil, em 1927, com a professora Celina Guimarães Viana tendo sido pioneira na luta emancipacionista da mulher ao conseguir seu registro eleitoral em Mossoró/RN. Todavia, em âmbito nacional, o voto feminino somente foi legalizado em 1932, com a instalação da Justiça Eleitoral e a promulgação do Código Eleitoral, e concretizado em 1933, na eleição de deputados para a Assembleia Constituinte Nacional. (CUNHA, 2013).

Conforme Cunha (2013), na Inglaterra e nos Estados Unidos da América, sob os auspícios da revolução industrial e urbana, no século XIX, o número de mulheres empregadas aumentou significativamente. Mesmo com longas jornadas de trabalho nas fábricas e salários bem mais baixos em comparação aos homens, o embrionário movimento feminista, por estratégia política, teve que aliar-se ao sindicalismo operário na busca de melhorias trabalhistas. Não foi sem razão que a inserção da mulher no mercado de trabalho se deu no ramo da confecção, tendo em vista que comportava flexibilizações e versatilidades nos processos de produção, era considerada uma extensão das atividades domésticas e não exigia formação escolar e qualificação específica⁶.

⁶ Em Nova York ocorreram os dois episódios mais importantes para a conquista dos direitos trabalhistas femininos (e que instituiu “março” como mês da mulher): as greves de 1857 e 1911. A primeira (08 de março), das operárias têxteis que paralisaram suas atividades durante uma semana e foram duramente reprimidas pela polícia. A segunda (25 de março) terminou com a morte de 146 pessoas (101 mulheres) em um “incêndio” na fábrica têxtil *Triangle Shirtwaist Company*. Coincidentemente, em 08 de março de 1917, operárias russas foram às ruas em protesto contra o Czar Nicolau II, a entrada do país na 1ª Guerra Mundial, a fome e os baixos salários dos trabalhadores. (CUNHA, 2013).

A busca pelo direito à educação, primeira onda do movimento feminista, foi outra bandeira feminista que passou a ter força no século XIX. A entrada das mulheres na universidade aconteceu primeiramente nos Estados Unidos, em 1837, com a criação de universidades exclusivas para as mulheres. Na Europa o processo foi mais demorado e começou pelas universidades menores, com o acesso à educação tendo se efetivado após a 1ª Guerra Mundial (1919). No Brasil, em 1887, Rita Lobato Velho Lopes deixou como legado o fato de ter sido a primeira mulher brasileira a receber um diploma de curso superior na Faculdade de Medicina da Bahia, e a segunda a conseguir tal intento na América Latina. (CUNHA, 2013).

Os escritos do pensador inglês Stuart Mill ganharam destaque ao propor o princípio geral de emancipação das mulheres a partir da abolição das desigualdades no núcleo familiar, da admissão das mulheres em todos os postos de trabalho e da oferta de instrução educacional do mesmo nível que estava ao alcance dos homens. No transcurso do século XIX e início do século XX, vários pensadores e intelectuais europeus retomaram os pressupostos doutrinários de Stuart Mill e formularam teses mais consistentes sobre o feminismo. Na Itália, o debate travado entre os intelectuais de esquerda foi mais intenso e produziu maior número de livros e obras sobre o tema. (CANCIAN, 2013).

Simone de Beauvoir já em 1949, em “O Segundo Sexo”, traz questões sobre a mulher que muito a instigavam à época. Questiona o “eterno feminino” como algo intrínseco a qualquer mulher e que a prenderia a uma gama restrita de características e limitações; passeia pelas distintas áreas do conhecimento (biologia, psicologia e história) em busca de argumentos que refutem definitivamente a ideia de que seja a mulher inferior ao homem e é bem-sucedida nessa empreitada. Considera os processos sociais e históricos como definidores dessas ditas características e reconhece que pelo trabalho a mulher vai diminuir a distância que existe entre ela e o homem. (BEAUVOIR, 1970). O Segundo Sexo é uma obra básica para o entendimento do feminismo, considerada um marco teórico da chamada segunda onda do feminismo no Brasil e traz diversos conceitos e argumentações irrefutáveis e importantes para a luta feminista.

Conforme Cancian (2013), o movimento feminista contemporâneo, segunda onda do feminismo, surgiu nos Estados Unidos, na segunda metade da década de 1960, e se alastrou para diversos países industrializados entre 1968 e 1977. A reivindicação central do movimento feminista contemporâneo era a “libertação” da mulher, termo que deve ser entendido como uma afirmação da diferença da mulher, sobretudo em termos de *alteridade*. Com base nessa ideia, o movimento feminista buscou novos valores que pudessem auxiliar ou promover a

transformação das relações sociais ou da sociedade como um todo. E a busca pela “liberdade sexual e pelos direitos reprodutivos” ganhou força justamente a partir da década de 1960, quando surgiu o primeiro anticoncepcional oral, fato que ocasionou uma revolução na vida sexual feminina e levou a uma drástica redução da taxa de natalidade mundial. Nesse período questiona-se o argumento esquerdista de que temas do feminismo não seriam políticos por se referirem a corpo e sexualidade, sendo marcado pela frase de Carol Hanish “O pessoal é político”.

Contudo, em países com arraigadas tradições culturais patriarcais, os direitos sexuais das mulheres ainda representam um forte tabu. Na Índia, os casos de estupro contra a mulher têm chamado atenção em todo o mundo expondo a impunidade deste tipo de crime. E no Afeganistão, até 80% das mulheres se casam contra a sua vontade. Embora as mulheres tenham conseguido importantes conquistas com relação ao voto, trabalho, remuneração, divórcio, proteção no caso de violência doméstica (vide no Brasil, a Lei Maria da Penha/2006) antigas demandas continuam sem resposta legal, como é o caso do aborto⁷.

O movimento feminista contemporâneo representou um divisor de águas e, ao mesmo tempo, a própria superação dos movimentos sociais emancipatórios, cuja reivindicação central estava baseada na luta pela igualdade jurídica, política e econômica. A luta pela “libertação” da mulher, que constituiu o núcleo da doutrina feminista contemporânea, estava baseada na denúncia da existência de uma opressão característica, com raízes profundas e que atingia todas as mulheres, independentemente do nível cultural, etnia ou classe social e dos sistemas econômicos e políticos nacionais. Também, na ideia de que, apesar da conquista dos direitos de igualdade, essa opressão teimava em persistir. Desse modo, o movimento feminista contemporâneo atuou com base numa perspectiva de superação das relações conflituosas entre os gêneros masculino e feminino, recusando, portanto, o estigma ou noção de “inferioridade” (ou desigualdade natural). Outra característica do feminismo contemporâneo foi a proeminência de intelectuais e líderes do sexo feminino, enquanto reflexo das mudanças sociais, políticas e educativas que estiveram ao alcance de uma geração de mulheres que se projetou como líderes feministas, entre as quais figuram Simone Beauvoir, Betty Friedan e Kate Millet. (CANCIAN, 2013).

⁷ Grupos de mulheres brasileiras (*Marcha das Vadias*) e ucranianas (*Femen*) ainda reivindicam o direito da mulher de escolher abortar não apenas em casos de estupro ou de riscos para a saúde. Atualmente, mais de 50 países permitem o chamado aborto voluntário, como Estados Unidos, Canadá, Cuba, Japão e China (CUNHA, 2013). No Brasil, por exemplo, o aborto é permitido apenas em três situações: quando há risco para a mulher, em caso de estupro e para fetos com anencefalia, este último, aprovado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2012.

No Brasil, a discussão sobre gênero alcançou notoriedade a partir dos movimentos sociais que marcaram a metade da década de 1970 e toda a década de 1980, implicando numa nova versão da mulher brasileira que realizava manifestações nas ruas defendendo seus direitos e denunciava as desigualdades de gênero. O feminismo, portanto, representa um movimento social que abriu novas perspectivas aos campos político, jurídico e à produção do conhecimento (CRUZ, 2006). O movimento feminista trouxe à luz questões antes não percebidas inclusive pelas mulheres como os pré-determinados e desiguais papéis de gênero. Com o alastramento acadêmico do conceito de gênero (ou relações sociais entre os sexos), a partir dos anos de 1980, inaugurou-se um patamar do conhecimento pautado na percepção das diferenças entre os sexos e que permitiu um construto demarcatório nas situações de dominação entre os gêneros, destacando-se a linha de caráter cultural que enfatizaram a análise dos significados das relações de poder socialmente constituídas; e o patamar de saúde, que instalou a crítica sistemática à naturalização biologizante da diferença sexual entre homem e mulher. (SCOTT, 1996).

Os estudos sobre gênero também colaboraram para a ampliação do conceito de trabalho, posteriormente adotado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) a partir de 1992, ao introduzir as categorias atividades laborais para auto-consumo, produção familiar e serviços não remunerados para instituições religiosas ou beneficentes, realizadas, sobretudo, por mulheres, como “trabalho efetivo”. Todavia, tanto na sociedade como na academia, a questão das relações sociais de gênero apresenta-se como temática relativamente nova e controversa. O que chama a atenção no contexto atual é uma quase unanimidade nas preocupações acadêmicas de envolver o aumento da polarização homem-mulher no seio da sociedade, com qualificações diferenciadas do fenômeno e percepções variadas acerca de seu processo histórico. Contudo, os temas/objetos de estudos de gênero passaram a incluir os homens como categoria empírica a ser investigada, e cujas abordagens, preferencialmente, focalizam mais a estrutura socioeconômica do que os indivíduos isoladamente no exercício de seus papéis sociais.

No campo jurídico, os estudos sobre gênero e as lutas feministas conquistaram um marco de proteção legal diferenciada com a Constituição Federal do Brasil/1988, uma das mais avançadas do mundo no que diz respeito aos direitos civis, por força dos 77 incisos presentes no capítulo dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos (art. 5º). Os direitos individuais (ou direitos humanos) têm seus fundamentos no Direito Natural e em liberdades essenciais à personalidade e dignidade da pessoa humana, com o art. 5º apresentando, pelo menos, três direitos e garantias fundamentais para à análise da temática feminina:

a) *homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações* – significa igualdade de direitos entre gêneros e a vedação a qualquer tipo de discriminação na família, no trabalho e na sociedade. Na família, a mulher tem os mesmos direitos do marido ou companheiro, com relação às decisões que devem ser tomadas referentes aos filhos e à família, e com os trabalhos domésticos devendo ser divididos entre ambos e de comum acordo. No trabalho, a mulher não pode receber menos que um homem para realizar a mesma função laboral. E na sociedade, mulheres e homens devem ser tratados com igual respeito em qualquer ambiente social. Apesar desta obrigação de igualdade, existem situações em que, por motivo de gênero, as mulheres necessitam de tratamento diferente, como é o caso da função reprodutiva, tendo em vista que a proteção à maternidade implica num direito e função social;

b) *ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de definição legal* – traduzido como a liberdade de agir ou o direito que têm mulheres e homens de usarem suas faculdades naturais ou adquiridas da forma que melhor lhes convenha. Este direito, entretanto, tem seus limites: a lei e o direito de outra pessoa. A lei pode obrigar ou proibir determinado ato, e o direito de uma pessoa não pode ser violado pela mera vontade de outra, representando, assim, um limite à liberdade;

c) *ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante* – diz respeito à dignidade da pessoa humana, uma vez que o homem ou a mulher vítima de tortura (física, moral ou mental) ou submetido a tratamento desumano ou degradante (no lar, na rua ou na instituição prisional) tem sua dignidade humana ferida. Nenhuma autoridade (pai, mãe, chefe ou policial) detém o direito de tratar qualquer pessoa de forma indigna.

Já a terceira onda do feminismo começou no início da década de 1990, como uma resposta às supostas falhas da segunda onda, e também como uma retaliação a iniciativas e movimentos criados pela segunda onda. Esta onda do feminismo tem uma interpretação pós-estruturalista do gênero e da sexualidade e expande os temas feministas para incluir um grupo diversificado de mulheres com um conjunto de identidades variadas. As mulheres negras estadunidenses, como Beverly Fisher, já na década de 70, começaram a denunciar a invisibilidade das mulheres negras dentro da pauta de reivindicação do movimento. No Brasil, o feminismo negro começou a ganhar força no fim dessa década, começo da de 1980, lutando para que as mulheres negras fossem sujeitos políticos.

Na “terceira onda”, portanto, que alguns dizem ser pós-feministas (mas que autoras como Judith Butler (2003) dizem que não, que são sim feministas), a ideia básica é a de que o sexo/sexualidade e, principalmente a heteronormatividade, pautada na finalidade reprodutiva

da sexualidade, assim como o gênero também é produto social. Nessa perspectiva, não se acredita na capacidade do Estado de atender aos interesses dos indivíduos, pois o Estado, e as políticas públicas, trabalham com a lógica da norma, isto é, da lei, e da produção capitalista. Poder-se-ia chamar esse grupo de antiliberal ou mesmo anárquico, mas é um equívoco dizer que fogem das questões políticas. Se a universalização da categoria mulheres não for combatida, o feminismo continuará deixando de fora diversas outras mulheres e alimentando assim as estruturas de poder. Não incluir, por exemplo, mulheres trans, com a justificativa de que elas não são mulheres, reforça aquilo que o movimento tanto combate e que Beauvoir refutou tão brilhantemente em 1949: a biologização da mulher ou em termos beauvorianos, a criação de um destino biológico. Se não se nasce mulher, se ser mulher é um construto, ou em termos butlerianos, se o gênero é performance, não faz sentido a exclusão das mulheres trans como sujeitos do feminismo.

Em seu livro “Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade”, Butler (2003) reconsidera o status da “mulher” como sujeito do feminismo. Segundo a autora, na concepção da teoria feminista foi necessário o desenvolvimento de uma linguagem capaz de representar as mulheres completamente a fim de promover sua visibilidade política à época. No entanto, essa concepção não contempla mais a atual compreensão do ser mulher, visto que este é um conceito não mais estável ou permanente e, por conseguinte, a relação entre teoria feminista e política passa a ser questionada.

Tiburi (2016) nessa mesma linha de compreensão, afirma que o feminismo de Butler consiste numa luta pelos direitos das mulheres, mas também uma desmontagem do que chamamos de “mulheres”. O termo “mulher” tornou-se um ponto de contestação, pois a ideia de uma identidade comum, uma base universal para o feminismo não mais se justifica, por isso a autora sugere uma expansão das representações do sujeito do feminismo considerando a multiplicidade da categoria “mulher” e uma noção variável da identidade como pré-requisito metodológico, normativo e, por que não, como um objetivo político. Ela renova a pauta feminista.

Preocupações teóricas feministas envolvem as diversas formas de entrelaçamento das diferenças sociais, nos diferentes campos disciplinares, auxiliando a produzir deslocamentos nos paradigmas trabalhados. A pós-estruturalista, Butler, em sua empreitada por problematizar a categoria “mulher” como sujeito do feminismo afirma que:

Se alguém é uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é [...] o gênero estabelece intersecções com modalidades raciais, classistas, éticas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas [...] se tornou impossível separar a noção de gênero das intersecções políticas e culturais em que invariavelmente ela é produzida. (BUTLER, 2003, P. 20).

Segundo Tiburi (2016) a teoria feminista de Butler é, então, uma teoria engajada na defesa de um sujeito oprimido, ela tem como foco de preocupação o corpo sexuado considerado “abjeto”, isto é, àquela existência corporal daqueles que não se encaixam na estrutura binária “homem-mulher”. Portanto, a sua teoria feminista defende não só as mulheres, mas todos aqueles que não se enquadram nos discursos que invocam a natureza fixa do corpo. O excluído é produzido no discurso, seu lugar é o silêncio que se realiza na injustiça de não poder existir. Por tudo isso, sugere um desmonte de toda classificação para dar lugar à expressão singular.

Para Butler (2003) o corpo não é um meio passivo sobre o qual se inscrevem significados culturais, ele também é uma construção, portanto, pode-se dizer, a partir desta concepção, que corpo não tem uma existência anterior à marca de seu gênero. E, por outro lado, gênero não se deduz de um corpo, não é natural, não é algo que somos, mas algo que fazemos. E neste sentido, “o gênero não deve ser construído como uma identidade estável ou *locus* de ação do qual decorrem vários atos; em vez disso, o gênero é uma identidade tenuemente constituída no tempo, instituída num espaço externo por meio de uma repetição estilizada de atos” (p.200). Esta pesquisa, portanto, se situa nesta perspectiva, entendendo a pauta feminista como algo abrangente, que amplia a categoria mulher na sua multiplicidade e interseccionalidade e inclui todos aqueles que não se enquadram nos discursos que invocam a natureza fixa do corpo e, portanto, sofrem segregação social.

Nesse sentido, a Teoria *Queer*, discutida na terceira onda, abala os postulados epistemológicos de identidade, advém da relação entre os Estudos Culturais e o Pós-estruturalismo francês e objetiva questionar e inserir uma minoria excluída da sociedade centralizadora e heteronormativa. Representa, pois, as minorias sexuais em sua diversidade e multiplicidade e teve como referencial os estudos de Foucault e Derrida, além da contemporânea Judith Butler. Surgiu em resposta à problemática das carências sofridas pelos estudos gays e lésbicos. (LOURO, 2004). A autora define *queer* como estranho, raro, esquisito, e, também, o sujeito da sexualidade desviante - homossexuais, bissexuais, transexuais, travestis, drags. Diz respeito ao excêntrico que não deseja ser integrado e muito menos tolerado. É um jeito de pensar e de ser que não aspira ao centro e nem o quer como referências; desafia as normas regulatórias da sociedade, que assume o desconforto da ambiguidade, do entre lugares,

do indecível. *Queer* é um corpo estranho que incomoda perturba, provoca e fascina. Essa teoria trabalha com a ideia da desconstrução das categorias.

Constata-se, ademais, que há transformações e rupturas necessárias à evolução e ampliação dos estudos sobre gênero: inicialmente tratava-se de estudos exclusivamente feministas, a seguir estudos de gênero e mais recentemente estudos “queer” e estudos na perspectiva da interseccionalidade. O movimento feminista precisa dar visibilidade e representação às especificidades existentes nesse ser mulher.

A chamada “nova” ou quarta onda do movimento, ainda sem um marco temporal definido, situa-se na perspectiva da interseccionalidade que se direciona rumo a arenas paralelas de atuação, reconhecendo as fronteiras interseccionais, transversais e transdisciplinares entre gênero, raça, sexualidade, classe e geração. Não seria, entretanto, um somatório de abordagens (raça + gênero + classe + geração), e sim tudo isso dentro de um contexto maior, em intersecção. Se o objetivo é a luta por uma sociedade sem hierarquia de gênero, existindo mulheres que para além da opressão de gênero, sofrem outras *opressões como racismo, lesbofobia, transmisoginia*, urgente incluir e pensar as intersecções como prioridade de ação e não mais como assuntos secundários.

Por meio da interseccionalidade busca-se verificar “as formas como as políticas específicas geram opressões que se constroem ao longo de eixos de análise (raça, etnia, classe e outras)” (CRENSHAW, 2002, p. 177). A autora diz que a interseccionalidade sustenta que não há experiência singular de identidade. Ao invés de compreender a saúde apenas pelo prisma do sexo do homem/mulher ou do gênero, é necessário considerar outras categorias sociais como classe, nação ou raça, orientação sexual, para ter uma compreensão mais ampla da gama de preocupação com a saúde. A teoria da interseccionalidade também sugere que formas e manifestações de opressão aparentemente descritas são moldadas por uma outra (mutuamente constitutiva). Sustenta-se que “mulher” não é uma categoria homogênea.

A teoria da interseccionalidade pretende examinar como as várias categorias (social e culturalmente construídas) interagem a múltiplos níveis para se manifestarem em termos de desigualdade social. Acredita-se que os modelos clássicos de compreensão dos fenômenos de opressão dentro da sociedade, como os mais comuns baseados no sexo/gênero, na raça/etnicidade, na classe, na religião, na nacionalidade, na orientação sexual ou na deficiência não agem de forma independente uns dos outros; pelo contrário, essas formas de opressão interrelacionam-se criando um sistema de opressão que reflete a intersecção de múltiplas formas de discriminação. (NOGUEIRA e OLIVEIRA, 2010).

Diante do exposto, vê-se que a categoria gênero passou por transformações e avanços em seus pressupostos, e ressalta-se que esta pesquisa considera os estudos de gênero em uma perspectiva que abrange a diversidade, assim como busca dar luz a todas as formas de discriminação de gênero observadas na área da saúde, em especial. Entende-se como fundamental para este estudo a desnaturalização dos atributos de gênero impostos socialmente. No entanto, também será ressaltada a questão da realidade feminina em comparação à masculina por acreditar que ainda há um caminho vasto a desvelar e transformar. Cita-se, por exemplo, o fato de que os principais avanços e conquistas alcançados pelas mulheres ao longo da história, especialmente, no século XX, marcaram de maneira definitiva os rumos deste novo milênio e sintetizam o novo papel da mulher na sociedade, refletindo também avanços na seara jurídica (acordos internacionais de direitos individuais e sociais) e na agenda política que redundaram na aplicação de políticas públicas de bem-estar nas mais diversas áreas como família, violência, auxílio à maternidade e saúde. No entanto, a necessidade de incorporar as mulheres no desenvolvimento socioeconômico, inicialmente, com remuneração igual ao dos homens para o mesmo trabalho ainda representa um conceito político de difícil assimilação por parte das mais distintas sociedades mundiais.

Contudo, para compreender como se manifesta a percepção social sobre as relações entre os distintos gêneros no mundo do trabalho e consequentemente no trabalho em saúde é fundamental uma reflexão sobre os “papéis pré-determinados” dos gêneros como resultado de conflitos históricos por estruturas de poder nos espaços públicos (mundo do trabalho) e privados (mundo doméstico). Todos os avanços sociais acumulados, direitos conquistados e qualificação intelectual das mulheres não foram suficientes para “desnaturalizar” a distinção entre trabalho masculino e feminino, deslegitimar a inexorável divisão sexual do trabalho e desfazer a separação entre o espaço público destinado ao homem e o espaço privado designado à mulher.

3.2 - DESNATURALIZAÇÃO DOS PAPÉIS HISTORICAMENTE IMPOSTOS AO HOMEM E À MULHER E NOVAS IDENTIDADES SOCIAIS

Muitos autores trataram de demonstrar as diferenças entre homens e mulheres das mais distintas formas. Tem-se a visão “antropológica” como sendo precisa e inquestionável. Nesta visão, crê-se que à época das cavernas, aos homens cabia a caça (mundo externo e público), e às mulheres a designação para os cuidados com os filhos e o espaço interior da caverna (mundo interno e privado), numa tentativa de naturalizar os papéis desempenhados pelas mulheres e

homens ao longo da história. Desta forma, atribuiu-se o espaço doméstico à mulher, deixando livre o espaço público para o homem. Por seu turno, a teoria “biologicista” justifica a dominação da mulher pelo homem provavelmente pela força física. No entanto, apesar desta força física, via de regra, ser maior no homem, o organismo da mulher é bem mais diferenciado e longo. O argumento biológico da superioridade masculina pode, portanto, ser contestado, e um dos motivos para tanto diz respeito à expectativa de vida da mulher que é maior em todo o mundo.

Tão pouco deve-se enfrentar tais teorias municiando-se de argumentos marxistas, como se a dominação masculina sobre a mulher fosse um legado atávico do capitalismo e que somente pode ser suplantado com o fim deste sistema econômico. Este fato resulta num simplismo teórico eivado de determinismo histórico, mesmo considerando que a divisão sexual do trabalho seja uma categoria de gênese essencialmente marxista. Ademais, mesmo que o sistema produtivo Toyotista com suas novas tecnologias e formas de gestão não tenha sido capaz de suprimir a hierarquia dos poderes/papéis pré-definidos no mundo do trabalho e doméstico entre homens e mulheres, não se pode negar a conquista feminina de mais espaços no mercado de trabalho, o aumento de escolarização, as relações afetivas libertárias, a redução mundial das taxas de fecundidade, os avanços no campo dos direitos individuais e sociais, a ampliação das políticas sociais relativas ao bem-estar da mulher e a minimização da função de provedor exclusivo/patriarcal do homem.

Fundamental, como explica Saffioti (1987), é “desnaturalizar” tais papéis impostos ao homem e à mulher, uma vez que biologizar os processos histórico-culturais de discriminação contra a mulher e outras categorias sociais constitui o caminho mais curto e fácil para legitimar a “superioridade” dos homens. A visão social constrói a diferença anatômica e esta diferença socialmente construída se torna o fundamento aparentemente natural da visão social que a alicerça.

A desvalorização do espaço doméstico faz com que se instaure a crença de que este papel sempre foi desempenhado por mulheres eliminando-se, desta forma, as diferenciações sócio-históricas. A naturalização desses papéis foi por muito tempo algo indiscutível. Ou seja, as mulheres ao adentrar no mundo profissional buscavam a extensão de seus lares e optavam por ocupações ditas femininas. Nesse movimento circular se organiza a percepção e a legitimação de uma ordem social hierarquicamente masculinizada. (BOURDIEU, 1999).

Muitos autores questionam essa determinação natural dos comportamentos de homens e mulheres, apesar das inúmeras regras sociais calcadas numa suposta determinação biológica diferencial dos sexos. Grossi (1998) ao discutir sobre o papel de gênero retoma um estudo

clássico chamado “Sexo e Temperamento” de Maragareth Mead, mostrando que numa mesma ilha da Nova Guiné três tribos diferentes atribuíam papéis muito diferentes para homens e mulheres. Temperamentos de agressividade e passividade associados, respectivamente a homens e mulheres não se confirmaram nesse estudo. Portanto, segundo a autora, o papel de gênero não é biologicamente determinado. Já quanto à identidade social de gênero, algo mais complexo por se tratar de uma construção social, a autora se baseia no estudo de um psicólogo norte-americano Robert Stoller com hermafroditas que tiveram seus genitais escondidos e, por engano, foram rotulados com o gênero oposto ao de seu sexo biológico. E conclui afirmando ser mais fácil mudar o sexo biológico do que o gênero de uma pessoa, pois a criança aprende a ser menino ou menina até os três anos, momento de passagem pelo complexo de Édipo e pela aquisição da linguagem. (GROSSI, 1998).

Sorj (1992) concorda que o equipamento biológico sexual inato não dá conta da explicação do comportamento diferenciado masculino e feminino observado na sociedade. Para o autor, diferentemente do sexo, o gênero é um produto social, aprendido, representado e transmitido ao longo de gerações. Saffioti (1987) assevera sobre a face oculta dos “privilégios” do macho e menciona que no momento em que o homem entender que também será prejudicado pelas discriminações praticadas contra as mulheres, a supremacia masculina estará inapelavelmente ameaçada. Com isso, estará também ameaçado o duplo padrão moral que alimenta o padrão da família, a superioridade política e o domínio econômico. Por essa via, ressalta que o “trabalho extra-lar” da mulher foi considerado por muito tempo, ou ainda o é, como “ajuda” ao marido e, por conseguinte, na qualidade de mera “auxiliar”, à mulher se oferece um salário menor, ainda que ela desempenhe as mesmas funções que o homem. A própria mulher, admitindo seu trabalho tão-somente como “ajuda”, aceita como natural um salário inferior. O que se pode detectar, mais uma vez, como processo de naturalização de uma discriminação exclusivamente sociocultural, fato constatado em muitas profissões da saúde, cuja remuneração baixa é associada a identificação majoritária com o gênero feminino.

Bourdieu (1999) encontra na questão da dominação masculina outra explicação para a desvalorização econômica do trabalho feminino, ilustrando com um estudo de caso de natureza etnográfica realizado entre as décadas de 1950 e 1960 em uma tribo árabe denominada Cabila⁸.

⁸ Nesse estudo, tenta-se comprovar a dominação do homem pelo viés antropológico, quando constata que em Cabila a ordem masculina é a lei universal, encontra-se socialmente arraigada e se impõe como manifestação auto-evidente, com o homem mostrando-se como o ser que detém o monopólio das relações humanas, com o corpo sendo o primeiro lugar em que se inscrevem as disputas do poder e, desta forma, o sexo define quem será o dominado e o dominante.

As histórias citadas (tribos da Nova Guiné e de Cabila) servem de relação com a trajetória do movimento feminista e que pode ser dividido em duas etapas: num primeiro momento, no final do século XIX, a contestação visava provar que as mulheres não eram inferiores aos homens e que podiam fazer as mesmas coisas que eles (armadilha da igualdade); e em momento posterior, a partir dos anos 1970, a contestação feminina anuncia que as mulheres não são inferiores aos homens mas também não são iguais a eles e que essa diferença não representa uma desvantagem (afirmação da diferença).

A “armadilha da igualdade” diz respeito à postura assumida pelas mulheres, no início da contestação feminina, de provar do mundo masculino considerado como padrão do melhor do humano, sem pedir reciprocidade. Comprovando desta forma, que o universo e a experiência de vida das mulheres são restritos e incompletos, razão pela qual não faria sentido pedir aos homens que os compartilhassem. Pode-se, portanto, entender essa postura como uma autodesvalorização feminina que foi sentida pelas próprias mulheres no momento que adentraram o universo masculino e experimentaram o conflito entre a vida pública e a vida privada enquanto mensagem dupla e comum à época: “Para ser respeitada pense, aja e trabalhe como um homem. Para ser amada continue sendo mulher. Portanto, seja homem e, ao mesmo tempo, seja mulher”. (OLIVEIRA, 1993).

Todavia, com a adoção de uma postura de novos valores (“afirmação da diferença”), o movimento feminista passou a desempenhar o papel de minoria ativa (grupos desviantes, desafiadores do senso comum, capazes de provocar transformações das normas e relações sociais). O movimento feminista permitiu, assim, neste milênio, que as mulheres possam tecer um novo desenho de afirmação de igualdade e respeito às diferenças na trama social dos gêneros numa luta conjunta de reconstrução de identidades sociais masculinas e femininas.

Inegavelmente, a mulher mesmo como destinatária “tardia” de direitos individuais e sociais e de um recente leque de políticas públicas relativas ao seu bem-estar, vem conquistando novos espaços de trabalho e crescente aumento da escolarização, derrubando, assim, certos preconceitos históricos, entre os quais, a fragilidade e a inferioridade, consideradas como categorias inerentes à natureza feminina. Entretanto, as dificuldades femininas são inúmeras e desafiadoras, uma vez que no momento em que a mulher se efetiva no mundo profissional, alcança independência financeira e autonomia social e diminui parte dos efeitos da dominação masculina, emerge uma série de contra-ataques, pois, em geral, o homem (marido/colega profissional) resiste e contesta a ascensão feminina por temer perder seu tradicional espaço de controle e dominação, tanto no lar como no ambiente laboral.

Mesmo que a trajetória da luta das mulheres tenha passado da demanda por igualdade para a afirmação da diferença, nota-se que três temas ainda são predominantes como bandeiras de lutas históricas e/ou atuais pela melhoria das condições da mulher na sociedade: i) as *conquistas históricas* em que a mulher representa uma força emergente no mundo; ii) a *superação das desigualdades* visando a “desnaturalização” da dominação masculina e um contexto de maior autonomia social da mulher; iii) a *igualdade de direitos* relacionada principalmente em garantir à mulher salário igual para o mesmo trabalho realizado pelo homem. O elenco destes temas (ou bandeiras) denota que tais questões de diferenças entre os gêneros não foram sanadas, ou que ainda estão longe de serem solucionadas.

Porém, a perspectiva de avanço da questão da diferença de gêneros resulta interessante à medida que tais temas ficam disponíveis à sociedade de um modo geral para que se intensifiquem os esforços de homens e mulheres visando modificar tal “realidade dividida”. Somente assim, poder-se-á falar de igualdade de gêneros, que é, antes de tudo, a aceitação das diferenças entre homem e mulher, mas com direitos iguais e sem hierarquias sociais ou processos de dominação.

Na verdade, esse desafio necessita da atuação comprometida de todos contra toda forma de discriminação social e na perspectiva de construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Ou seja, num mundo em que todos sejam reconhecidos igualmente enquanto sujeitos sociais e valorizados nas suas “diferenças”, uma vez que as conquistas de direitos ainda não correspondem à realidade social. Para que as normas referidas possam vir a ser consideradas como “conquistas de fato”, cabe aos homens, mulheres e todas as identidades de gênero deste milênio, um repensar de forma honesta acerca de suas identidades sociais e que visem inoculá-los nesta histórica luta emancipacionista em prol da igualdade de gêneros.

A partir do entendimento de que há um atravessamento de gênero na produção e gestão do cuidado em saúde e de que a incorporação de formas específicas de subjetivar feminilidades e masculinidades se reverte em práticas específicas de produção de saúde, parece ser interessante produzir, com o empreendimento de pesquisa e de escrita, espaços culturais de discussão sobre gênero. E assim ensaiar outros modos de uso de tal conceito, de rastrear outras normatividades/formatações de gênero no bojo das políticas de saúde, particularmente no campo da formação superior em Saúde.

Pretende-se, outrossim, entender o gênero como constituinte da “identidade” dos sujeitos e para tanto será apresentada no próximo capítulo as diferentes perspectivas do conceito de identidade.

CAPÍTULO 4

4. DA IDENTIDADE SOCIAL À IDENTIDADE PROFISSIONAL

Pensar a formação em Saúde é pensar a construção da identidade profissional questionando-se em que medida a incorporação de gênero pode contribuir para a construção de um novo perfil profissional mediado pelo modelo pedagógico da Metodologia Ativa. Ou seja, o modo como este modelo orienta as diretrizes curriculares, os conteúdos, a interação professor-aluno, o objeto de estudo, a literatura da área, o perfil profissional que se deseja construir, a partir das problematizações que o professor e os alunos trazem constroem formas identitárias. Nesse sentido, a Metodologia Ativa conduz em seu processo de ensino aprendizagem a legitimação de forma identitária correspondente aos princípios da área da saúde, um campo constituído majoritariamente por mulheres, bem como a deslegitimação de outras identidades possíveis.

Tanto o gênero como a educação são categorias chave para a compreensão do modo como vem se construindo a identidade profissional, pois elas interagem e se influenciam reciprocamente mediadas por contextos políticos, culturais, econômicos, sócio-históricos e por relações de poder.

Cada âmbito institucional constrói diferentes definições de masculinidade e de feminilidade, assim como cada profissão enfatiza aspectos diferentes da masculinidade e feminilidade. É possível que os indivíduos assumam formas de conduta, de acordo com o âmbito institucional em que estejam atuando.

Se os modos de construção das categorias sociais a partir dos campos escolar e profissional adquirem, atualmente, uma grande legitimidade, é certamente porque as esferas do trabalho e do emprego, como a da formação escolar e profissional constituem domínios pertinentes das identificações dos próprios indivíduos. Isto não significa, porém, que se devam reduzir as identidades a estatutos de emprego e a níveis de formação, pois antes de se identificar pessoalmente com um grupo profissional ou com um setor de trabalho, um indivíduo, desde a infância, constrói uma identidade sexual, étnica/racial, e de classe. Entende-se que o trabalho é uma espécie de espelho em que o homem se projeta e se enxerga no mundo, o que confere uma identidade ao trabalhador. Deve-se tomar cuidado para evitar uma ênfase exacerbada nas diferenças de gênero em relação a outras características relevantes para os estudos sobre a força

de trabalho em saúde. Educação, formação, acesso a recursos, volume de clientes, supervisão e idade se incluem também entre outras variáveis explicativas, envolvidas nos processos que caracterizam a produtividade e a retenção da força de trabalho em saúde.

A discussão de gênero articula-se com o problema da identidade, ganhando relevância na sociedade atual, tanto nos debates intelectuais quanto de pessoas comuns. A chamada “crise da identidade” se configura como um processo de mobilização política, de demandas de sujeitos que não se sentem representados numa dada classe, gênero, nação ou etnia e de onde se originaram novos movimentos sociais com novas dinâmicas de enfrentamento, como por exemplo, o movimento feminista que deu origem mais recentemente às abrangentes políticas de gênero.

Trata-se de um dilema sociológico, um assunto em pauta, com caráter interdisciplinar e, por isso, de grande abrangência que ajudará a elucidar uma das questões norteadoras desta tese que objetiva compreender como os/as docentes constroem suas identidades profissionais a partir da experiência com a transformação metodológica.

E para entender como se constrói a identidade profissional precisa se refletir, ainda que brevemente, sobre os princípios da identidade social, que será analisada inicialmente a partir da história acerca do tema, visto que o problema da identidade surge com a ideia de Estado-nação, referência civilizacional, uma ideia de pertença a um grupo com uma história, cultura e língua. Segundo Bauman (2005), é a primeira questão identitária, a identidade nacional, que objetivava o direito monopolista de traçar a fronteira entre “nós” e “eles”. Ser indivíduo de um Estado era a única característica confirmada pelas autoridades nas carteiras de identidade e nos passaportes. A questão da identidade parece surgir a partir de um sentimento de deslocamento, comum aos milhões de refugiados, migrantes e de todos àqueles que não estavam em sua “comunidade de ideias e princípios” e que, portanto, se sentiam deslocados.

A imigração sempre foi motivo de muitos questionamentos e gerou diferentes configurações identitárias a partir do sujeito imigrante. Há tempos grandes conflitos foram travados entre as identidades nacionais (o “eu”) e as identidades rivais (o “outro”), onde o imigrante era considerado como estranho e a partir desse estranhamento surge a não-assimilação. Pode se dizer que o imigrante como estranho gerou, especialmente no decorrer do século XIX e XX, três possibilidades ao Estado: a assimilação, a segregação e o extermínio.

Aos poucos, após a segunda guerra mundial e final da Guerra Fria, a ideia do “ser de fora”, do estranhamento e da diferença vai se transformando em um direito legitimado por Tratados e Leis, fruto de lutas travadas pelos movimentos sociais. Àquilo que era diferente

passa a ser visto com um pouco mais de humanidade e a assimilação se torna menos dolorosa. Nesse período o Estado Nacional entra em crise, se desestabiliza e perde com isso o poder em legislar dentro do seu território, enfraquecendo na questão da identidade nacional.

Hall (2003), em seu livro “Da diáspora”, reflete sobre as identidades caribenhas diaspóricas, isto é, deslocadas do seu lugar de origem, em condições contemporâneas de globalização. Menciona que as nações não são apenas entidades políticas soberanas, mas sim “comunidades imaginadas”. A identificação com o lugar de origem parece permanecer presente em todos aqueles que migram de seus países fazendo com que na diáspora, as pessoas construam a ideia simbólica de uma origem comum para firmar uma identificação coletiva. Entende-se que as fronteiras demarcadoras dos grupos são, por vezes, físicas, políticas e também, simbolicamente construídas. Estes grupos existem pela tensão relacional presente entre àqueles que se sentem deslocados, “o outro” e àqueles naturais do lugar. A identidade cultural, segundo Hall (2003), provavelmente é fixada inicialmente no nascimento, seja pela natureza, impressa através do parentesco e da linhagem dos genes, seja constitutiva do nosso eu mais interior. Possuir identidade cultural nesse sentido é estar primordialmente em contato com um núcleo imutável e atemporal, ligando o passado, o presente e o futuro em uma linha ininterrupta. Esse cordão umbilical Hall chama de tradição, fidelidade as origens, um verdadeiro mito, porém com potencial de moldar o imaginário de um povo e influenciar suas ações. Nesse sentido, Dubar (2005) reforça que a identidade cultural de um grupo nunca é natural nem dada a priori, mas construída por ações individuais e coletivas.

Estar total ou parcialmente “deslocado” em toda parte, não estar totalmente em lugar nenhum [...] pode ser uma experiência desconfortável, por vez perturbadora. Sempre há alguma coisa a explicar, desculpar, esconder ou, pelo contrário, corajosamente ostentar, negociar, oferecer e barganhar. [...] As identidades flutuam no ar, algumas de nossa própria escolha, mas outras infladas e lançadas pelas pessoas em nossa volta, e é preciso estar em alerta constante para defender as primeiras em relação às últimas. (BAUMAN, 2005, p.19).

Os Estados pré-modernos, portanto, determinavam a identidade pelo nascimento e, desta forma, proporcionavam poucas oportunidades para que surgisse a questão do “quem sou?”. A modernidade substituiu essa lógica pela das classes, e assim as identidades se tornaram tarefas que os indivíduos tinham de desempenhar por meio de suas biografias. Para pertencer a uma determinada classe, é necessário provar pelos próprios atos, por toda a vida, e não apenas com a certidão de nascimento. Durante a era moderna cada classe social tinha suas trilhas de carreiras, uma trajetória estabelecida de maneira clara sobre a forma de vida que se deveria viver para ser, por exemplo, um burguês. De toda forma com essa transformação houve uma

libertação da inércia dos costumes tradicionais, das autoridades imutáveis, das rotinas preestabelecidas e das verdades inquestionáveis. Uma liberdade representada pelo desafio da auto-identificação.

Posteriormente a fase “sólida” da modernidade passa para a fase “fluida”, que segundo o autor, os fluidos não conseguem manter a forma por muito tempo e sofrem a influência das menores forças. A expressão líquida é utilizada na tentativa de fazer uma analogia entre este estado físico da matéria e as particularidades da sociedade contemporânea, associando a instabilidade do estado líquido dos fluidos às inseguranças e incertezas sociais e econômicas. E assim, num ambiente fluido, não há como saber o que se espera, deve-se estar preparado para qualquer possibilidade. “A fragilidade e a condição eternamente provisória da identidade não pode mais ser ocultada”. (BAUMAN, 2005, p.22).

Ennes e Marcon (2014) lembram que nas últimas décadas, os conflitos sociais e as esferas simbólicas e subjetivas ganharam espaço e legitimidade na análise social e os embates passaram a ocorrer no entorno da política de reconhecimento, da expressão, da visibilidade e da particularidade das demandas, surgindo as chamadas “políticas de identidade”. Nesse contexto, a cultura e a subjetividade ganham relevância na sociedade. A questão da identidade parte da teorização sobre o sujeito que, durante o século XX, foi movida por discursos políticos de pertencimento (de nação e classe) e por discursos científicos de classificação (grupos sociais, religiosos, linguísticos, sexuais, raciais, étnicos, etc). Sinalizam, portanto, os autores que tais reivindicações e contestações demonstram um caráter frágil das dimensões atributivas de identidades aos grupos e, com isso, a palavra identidade acabou reduzida a um aspecto descritivo, fixo e estável do que se define como grupo. Propõem pensar os “processos identitários” a partir de uma perspectiva situacional, relacional e contrastiva na qual as disputas sociais ocupam um lugar central na constituição da ideia de diferenças e dos sentimentos de pertença.

Bauman (2005) ao ser questionado sobre sua opinião em uma entrevista, que resultou no seu livro “Identidade”, acerca do processo de construção da identidade e sua provável semelhança com a construção de uma quebra-cabeças, explicita que nem de longe a analogia se faz real. Segundo ele o quebra-cabeças que se compra na loja vem completo numa caixa, com a imagem final impressa e com a certeza da possibilidade de um destino previamente estabelecido. Já para a identidade, diz ele, há um monte de pecinhas na mesa para se formar um todo significativo, mas a imagem que deverá aparecer ao fim do trabalho não é dada antecipadamente, se experimenta com o que se tem, a questão é saber quais os pontos que

podem ser alcançados com os recursos que você possui, e quais deles merecem os esforços para serem alcançados. O autor ao falar da liquidez da identidade lança mão de outra analogia, desta vez com a figura de Don Juan de Molière, onde o prazer da paixão consistia na mudança incessante, e na valorização única do “aqui e agora”, a fugacidade do momento. Portanto, uma condição “don-juanesca” foi adotada pela grande maioria dos habitantes do líquido mundo moderno em que o “flutuar na onda das oportunidades mutáveis e de curta duração” (P.60) passa a ser a regra.

O termo “identidade” parece um grito de guerra usado numa luta defensiva, um indivíduo contra um ataque de um grupo, um grupo menor e mais fraco contra uma totalidade maior e dotada de mais recursos. O campo de batalha é o lar “natural” da identidade. Ela surge no tumulto da batalha, e dorme e silencia no momento em que desaparecem os ruídos do confronto. “[...] uma intenção de devorar e ao mesmo tempo uma recusa resoluta a ser devorado.” (BAUMAN, 2005, P.18).

A ideia de ter uma identidade não vai ocorrer às pessoas enquanto o “pertencimento” continuar sendo o seu destino, uma condição sem alternativa. Só começarão a ter essa ideia na forma de uma tarefa a ser realizada, e realizada vezes e vezes sem conta, e não de uma só tacada. (BAUMAN, 2005, p.84).

Dubar (1997) concebe a identidade social como resultado do processo de socialização que compreende o cruzamento dos processos relacionais, ou seja, o sujeito é analisado tanto pelo outro dentro dos sistemas de ação nos quais os sujeitos estão inseridos, como pelos caracteres biográficos, que tratam da história, habilidades e projetos da pessoa. Assim, a identidade para si não se separa da identidade para o outro, pois a primeira é correlata à segunda: o reconhecer-se busca sua efetivação pelo olhar do outro. Porém, essa relação é problemática, uma vez que não se pode viver diretamente a experiência do outro, mesmo que ocorra dentro do processo de socialização. A identificação vem do outro (alteridade), mas pode ser recusada para se criar outra. De qualquer forma, a identificação utiliza categorias socialmente disponíveis e nunca é dada e imutável, uma vez que é sempre construída e (re)construída com certezas maiores ou menores e mais ou menos duráveis.

A identidade social está sujeita a uma historicização radical e encontra-se em constante processo de transformação, elas são construídas por meio da diferença e, portanto, na relação com o outro, na relação com aquilo que não é, com aquilo que falta e, por isso, a resposta à pergunta “quem sou eu? ”, tem como referência os vínculos que conectam o eu a outras pessoas. “A identidade é um lugar que se assume, uma costura de posição e contexto, e não uma essência ou substância a ser examinada”. (HALL, 2003, p. 16). Aproveitando a noção de “fronteiras

étnicas” de Barth, pode-se dizer que o objeto de análise dos estudos sobre os processos de identificação são as *fronteiras*, aquilo que separa o *nós* dos *outros*, numa ideia vinculada aos consensos, sentimentos e interesses.

[...]perguntar quem é você só faz sentido se você acredita que possa ser outra coisa além de você mesmo; só se você tem uma escolha, e só se o que você escolhe depende de você; ou seja, só se você tem de fazer alguma coisa para que a escolha seja real e se sustente. (BAUMAN, 2005, p.25).

A identidade deve ser considerada, na percepção de Ennes e Marcon (2014), como um fenômeno social dinâmico e em processo, implicado por relações de poder e constituídos por elementos a partir dos quais os processos identitários podem ser analisados, quais sejam: os atores, as disputas, as normas e os contextos. Fala-se que nos processos identitários os atores (e seus marcadores simbólicos) estabelecem relações de disputa por um bem ou objeto material ou simbólico, e tudo isso a partir de uma norma que norteia as relações sociais e que podem ser expressas na forma de costumes, tradição, leis ou discursos. Contextos e situações sociais participam da construção da identidade e da definição de fronteiras e dos marcadores sociais, e são permanentemente ressignificados, pois quando se muda o contexto muda-se consequentemente a identidade, e vice-versa. A diferença e o sentimento de pertencimento seriam, pois, produzidos em determinadas situações e contextos. Os autores sugerem pensar os processos identitários como produzidos na e por meio das situações e contextos a partir de relações de poder e, por isso, criticam os usos essencializadores e naturalizadores do termo identidade, pois compreendem sua característica relacional. Concorda com esse argumento Dubar (2005) ao mencionar que não existe identidade essencial em qualquer que seja o campo social na história humana. As identidades são denominações relativas a uma época e a um contexto social, produto das sucessivas socializações, que depende tanto dos juízos dos outros quanto de suas próprias orientações e autodefinições.

Para Butler (2003) a identidade deve ser entendida como uma prática, e uma prática significativa que envolve sujeitos culturalmente inteligíveis como efeitos resultantes de um discurso amarrado por regras, e que se insere nos atos disseminados e corriqueiros da vida linguística. Nessa linha de raciocínio Hall (2004) esclarece que a identidade social é construída dentro e não fora do discurso, em locais históricos e institucionais específicos, no interior de formações e práticas discursivas específicas. O termo identidade social significa, por um lado, o ponto de encontro entre os discursos e as práticas que tentam comunicar ou convocar o indivíduo para que assuma seu lugar como sujeito social de discursos particulares e, por outro

lado, os processos que produzem subjetividades, que constrói o sujeito sobre o qual se pode “falar”.

Dubar (2005) sugere o termo “formas identitárias” e esclarece que não são “identidades pessoais” no sentido de designações singulares de si, mas construções compartilhadas com todos os que tem trajetórias subjetivas e homólogas, principalmente no campo profissional. Ele defende a centralidade do trabalho na vida pessoal e argumenta que a privação de trabalho é um sofrimento íntimo, um golpe na autoestima, uma ferida identitária geradora de desorganização social. Reforça, entretanto, que a identidade no trabalho não é a única dimensão da identidade pessoal, no entanto, entre as múltiplas dimensões da identidade dos indivíduos, a dimensão profissional adquiriu uma grande importância. O emprego condiciona a construção das identidades sociais, assim como as mudanças no mundo do trabalho obriga a transformações identitárias delicadas, e nesse sentido a formação intervém nas dinâmicas identitárias por muito tempo além do período escolar.

O autor esquematiza um processo dual na construção da identidade, um que é “biográfico” – identidade para si; atos de pertencimento; identidade social real, e um outro que é “relacional” – identidade para o outro; atos de atribuição, identidade social virtual. E justifica essa construção por meio da definição de *habitus*. O conceito de *habitus*, desenvolvido por Bourdieu (1998), põe fim a contradição existente entre indivíduo e sociedade e significa um conjunto de disposições subjetivas, capazes ao mesmo tempo de estruturar representações e de gerar práticas, sendo produto de uma história com suas condições objetivas que define a trajetória dos indivíduos como movimento único pelos campos sociais, tais como a família de origem, o sistema escolar ou o universo profissional.

A socialização constitui-se na incorporação das maneiras de ser (de sentir, de pensar e de agir) de um grupo, de sua visão de mundo e de sua relação com o futuro, de suas estruturas corporais e de suas crenças íntimas. Dubar (2005) fala de uma socialização primária –a partir das relações que se estabelecem entre o “mundo social” da família e o universo institucional da escola -, e uma, socialização secundária – incorporação de saberes especializados, ou seja, saberes profissionais e de papéis direta ou indiretamente arraigados na divisão do trabalho. Quando a socialização secundária representa uma ruptura em relação à socialização primária pode haver desestruturação/reestruturação da identidade do sujeito e, por outro lado, pode determinar também um processo de transformação social.

Antes de se identificar pessoalmente a um grupo profissional ou a um tipo de formação, o indivíduo, já na infância, herda uma identidade sexual, mas também uma identidade étnica e

uma identidade de classe social que são as de seus pais, de um deles ou de quem tem a incumbência de educá-lo. É na categorização do outro, especialmente na escola, que a criança vive sua primeira identidade social ainda desconectada do universo profissional. Já a saída do sistema escolar e a confrontação com o mercado de trabalho constitui a construção da identidade autônoma, no entanto, o conjunto das escolhas de orientação escolar mais ou menos forçadas ou assumidas representa uma antecipação importante do status social do futuro. Portanto, a construção da identidade profissional vem sendo efetivada desde os bancos escolares, com a identificação por outro de suas competências, de seu status e de sua carreira possível e também pela construção por si de seu projeto, de suas aspirações e de sua identidade possível. (DUBAR, 2005).

Nesse sentido, Bourdieu (1999) e Louro (1997) apontam que a reprodução de papéis sociais e profissionais de homens e mulheres é também de responsabilidade da escola, considerada como uma força conservadora, em que essas lições são confirmadas e atravessadas pelas diferenças. A escola distingue os corpos e as mentes dos meninos e das meninas e, desta forma, os sujeitos, por sua vez, vão se transformar em passivos receptores de imposições externas. Para Bourdieu (1999) há nisso tudo a influência de fatores biológicos, sociais e culturais como justificativa, com a expectativa da sociedade e as cobranças exercidas sobre as diferenças biológicas legitimando a dominação masculina e inscrevendo-a em uma natureza biológica que é também uma construção social naturalizada. E essa “identidade social” dos gêneros construída através da atribuição de distintos papéis que a sociedade delimita e espera ver cumpridos pelas diferentes categorias de sexo (homem e mulher), delimita inclusive às possibilidades profissionais “acessíveis”/viáveis para cada gênero.

A confrontação com o mercado de trabalho além de criar uma identidade profissional básica que constitui não somente uma identidade no trabalho, é também e sobretudo uma projeção de si no futuro além da antecipação de uma trajetória de emprego e a elaboração de uma lógica de aprendizagem, ou melhor, de formação.

Se os modos de construção das categorias sociais a partir dos campos escolar e profissional adquiriram legitimidade, é porque as esferas do trabalho e do emprego, e também da formação (escolar mas também profissional, inicial mas também contínua), constituem áreas pertinentes das identificações sociais dos próprios indivíduos.”[...] Se o emprego é cada vez mais fundamental para os processos identitários, a formação está ligada a ele de maneira cada vez mais estreita. (DUBAR, 2005, p.146).

Logo, é a partir do processo formativo, assim como das relações de trabalho, das atividades coletivas em organizações e das diferentes formas de intervenções no mundo do

trabalho que o sujeito constrói sua identidade profissional. E nessa lógica, a pedagogia delimita, então, um processo formativo, que tem na Metodologia Ativa a contribuição para a formação de identidades pessoais e profissionais. Essa metodologia diferenciada traz uma perspectiva de levar em conta os aspectos humanos, as interações sociais, as diversidades, as questões das desigualdades, para que o futuro profissional desenvolva essa sensibilidade no seu processo formativo.

CAPÍTULO 5

5. A EXPERIÊNCIA DOCENTE EM EDUCAÇÃO E GÊNERO MEDIATIZADAS PELA METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Neste capítulo são analisados os depoimentos dos participantes do Brasil e de Portugal tendo como ponto de partida a busca por compreender a experiência de docentes na formação superior em saúde considerando: (i) a utilização de estratégias pedagógicas a partir da Metodologia Ativa e (ii) em que medidas essas estratégias favorecem um olhar sobre as questões de gênero.

Para tanto a análise dos dados será apresentada em três etapas: na primeira, descreve-se sobre algumas características dos/as docentes participantes (idade, sexo, IES e departamento de vinculação); na segunda etapa, as questões referentes a experiência dos/as docentes mediatizada pela mudança do método de ensino e posteriormente, na terceira etapa, traz-se a perspectiva docente quanto à integração da abordagem gênero/diversidade com a Metodologia Ativa.

5.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS/AS DOCENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA

Do total de 14 participantes deste estudo, 8 são mulheres e 6 são do sexo masculino, o que demonstra uma hegemonia feminina, algo comum de se observar nas profissões da saúde. Vale salientar que o número de mulheres compondo o corpo docente dos cursos de saúde é consideravelmente maior quando comparado ao número de homens, o que pode ser justificado pela divisão sexual dos cursos, pois segundo Eva Blay (2006) apesar de já se verificar certa igualdade em alguns deles, continua patente, por exemplo, que os cursos relacionados à assistência social, à formação de profissionais de saúde, ao magistério, ainda são escolhidos por uma maioria feminina, ao passo que cursos como os de Engenharia, Direito, Computação, Medicina e Matemática continuam sendo procurados pelos homens. Segundo estudiosos de gênero, a inserção das mulheres na Medicina está ligada àquelas especializações, também, vinculadas ao cuidado como: Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e outras.

O Censo Educacional (2014) informa sobre os concluintes do ensino superior por área e constata que há uma predominância feminina nas áreas de educação (81% dos concluintes são mulheres), saúde e bem-estar social (72,8%) e humanidades e artes (67,4%). Esse perfil

influencia de maneira significativa a inserção desse grupo no mercado de trabalho criando as chamadas ocupações tipicamente femininas, que são menos valorizadas em termos de rendimento e *status* ocupacional. Tais transformações podem ser sintetizadas na configuração da participação feminina no mercado de trabalho em termos de inserção (crescimento) quanto em termos do seu perfil. Suas taxas de atividade aumentaram, sobretudo nas faixas etárias mais velhas e entre as mulheres casadas. Além de apresentarem uma melhor qualificação educacional do que os homens, (considerado um dos principais fatores para o crescimento da sua taxa de participação) essa disparidade é mais acentuada na população ocupada do que no total da população brasileira. A título de ilustração, para o ano de 2005, 41,5% das mulheres ocupadas, tinham 11 anos ou mais de estudo. Isso corresponde a 10,5 pontos percentuais acima deste mesmo indicador para a população masculina.

Apesar do fato de que os cursos investigados nesta pesquisa (Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional) são compostos em sua maioria por mulheres, vê-se que os homens ocupam ainda a maior parte dos cargos relevantes. Do total de 12 gestores/as entrevistados/as (chefes de departamento, vice-chefe, vice-presidente e coordenador-pedagógico), 6 são do sexo masculino e, no entanto, esperava-se que a maioria dos gestores fossem mulheres, em virtude da quantidade delas na função de docentes dos cursos superiores de saúde. Por exemplo, no campus de saúde de Lagarto tem-se 167 docentes (censo 2015), e destes 115 são mulheres e apenas 52 homens. As mulheres dominam principalmente na área de Enfermagem (83%), na Terapia Ocupacional (92%), na Fonoaudiologia (88%) e na nutrição (100%).

A mulher representa 70% da força de trabalho na área da saúde, constituindo-se assim um fenômeno crescente que vem sendo bastante estudado. Profissões historicamente masculinas passam pelo processo de feminização, (MACHADO et al, 2010), como por exemplo, a Medicina em que na década de 1970 as mulheres somavam apenas 11%, nos anos 80 já eram 22% e, na década seguinte, 33%, para as próximas décadas o prognóstico é de 50%. Haddad (2010) analisou 14 cursos de graduação na área da saúde (Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) no período de 1991 a 2008 e constatou que as mulheres eram a maioria em todos os cursos com exceção de Educação Física e Medicina, porém em 2007 passa a ser a maioria entre os ingressantes (56,3%) e os concluintes (54,7%). Em Fonoaudiologia, serviço social, Terapia Ocupacional e Nutrição as mulheres representam mais de 90% dos estudantes.

Embora alguns estudos apontem uma diminuição dessa tendência, há uma forte segmentação por sexo quanto às áreas de ingresso no ensino superior. As profissões tradicionalmente femininas fazem parte, então, de uma construção social e tem, em alguma medida, na história sua explicação. A seguir, apresenta-se o que pensam alguns docentes que participaram deste estudo:

A Fonoaudiologia teve início porque as professoras viam crianças com problemas na sala de aula e não conseguiam fazer com que essas crianças avançassem. Então, elas foram procurar uma formação complementar para o atendimento. Logo, a gente vem da educação. A maioria dos profissionais que começaram na Fonoaudiologia veio da educação que já é uma diferença de vertente predominantemente feminina, que já ganha menos, que já tem tripla jornada de trabalho, tem menos voz pra conseguir tudo. (Vitória, Fonoaudiologia, Brasil).

Tradicionalmente em Portugal a Terapia Ocupacional sempre foi uma profissão mais procurada por mulheres. Começou para dar respostas as pessoas que vinham da guerra do ultramar, guerra em Angola, Moçambique e que provocou traumatismos em muitas pessoas, necessitando de intervenção. E não havia essa intervenção em Portugal e, portanto, chamou-se um grupo de formadores ingleses (terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e terapeutas da fala) que vieram do Alcoitão dar formação aos terapeutas. Naquela altura esta profissão era vista muito como o de ajudar, de cuidar e era um trabalho muito socialmente visto para aquela pessoa que não tinha nada o que fazer. Eram senhoras de boa família, que tinham muito tempo livre na sua vida e que nesse tempo queriam ajudar, fazer caridade. Estamos a falar dos anos 50,60. As primeiras formadas eram mulheres e durante muito tempo ficou essa representação social das terapias serem feitas por pessoas que tinham bom suporte familiar, económico e para não estarem em casa se envolviam com essas atividades sociais. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

Cá em Portugal, há 50 anos atrás, as mulheres enfermeiras não podiam casar. O Estado passou a tomar conta do ensino de Enfermagem em 1940 e as enfermeiras tinham que se dedicar, era visto como um serviço de dedicação. Para se casar tinham que deixar a profissão. Era entendido na lógica de um sacerdócio. E isso foi muita luta, na época estávamos vivendo o fascismo e somente em 1963 saiu o decreto em que permitiu as enfermeiras se casarem. Isso tem pouco mais de 50 anos, não é muito tempo na evolução de uma profissão. Há ainda no imaginário da população, em geral, essa lógica da profissão. No mesmo raciocínio de que as raparigas aprendiam a cozinhar, lavar, arrumar a casa e os rapazes não aprendiam. (Maria, Enfermagem, Portugal).

Os depoimentos mostram a importância da socialização, conduzindo as escolhas das carreiras e profissões, bem como a segmentação dos setores profissionais. Nesse sentido, as qualificações, ou seja, a busca por uma determinada formação profissional, são também construídas socialmente e resultante das relações sociais estabelecidas entre pessoas portadoras de distintas trajetórias, características e respectivos gêneros. (DURÃES, 2012).

Nessa lógica, a prática do cuidar está histórica e culturalmente conectada ao feminino, pois, ao longo dos anos, como se evidencia nas falas dos/as docentes, essa atividade esteve atrelada à trajetória desenvolvida pela mulher nas sociedades ocidentais modernas. Relacionava-se à prática da caridade e era exercida por mulheres pertencentes a famílias economicamente abastadas, que tinham, evidentemente, muito tempo livre.

Hirata (2012) em seu estudo sobre o tipo de trabalho que o *care*⁹ envolve, menciona que engloba além de competências físicas e cognitivas, uma forte dimensão emocional, porque pressupõe a relação entre pessoas, sempre complexa. Porém, mais do que qualquer outra ocupação baseada em uma relação de serviço, a emoção aqui tem um peso mais forte, pois esse tipo de trabalho mistura fortemente amor, afeto e altruísmo. Em decorrência disso, as atividades de *care* são majoritariamente desenvolvidas por mulheres (seja no interior das famílias ou em instituições públicas ou privadas), já que essas *qualidades* requeridas para o cuidado, tais como acolhimento, escuta e devidos encaminhamentos, são tidas como "naturais" ou "inatas" a esse grupo, que as desenvolve no âmbito doméstico, por oposição às *qualificações* aprendidas pelos homens no espaço público.

Por outro lado, a prática de pesquisar, ou seja, de criar novos conhecimentos, historicamente, tem sido concebida como prática masculina, evidenciada no relato do docente de Terapia Ocupacional de Portugal, quando diz que: “Depois as questões passaram a ter um papel mais científico, mais profissional e começaram a surgir novas formas de recrutamento e começou a aparecer os rapazes”. Vê-se nesta concepção uma expressão da divisão social e sexual do trabalho, uma segmentação por sexo, na qual a sociedade delimita com precisão os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem. A partir do momento em que a profissão ganhou cientificidade e mais valorização passou a ser procurada também pelo sexo masculino.

A profissão da Enfermagem foi exercida por um longo período histórico apenas por mulheres e, a elas era vetado o matrimônio por acreditar-se que o serviço da Enfermagem se relacionava com o feminino e requeria, dessa forma, atenção exclusiva das profissionais, além de uma “pretensa” pureza, visto que demandava o contato com os corpos masculinos e femininos. A profissão era aproximada à prática do sacerdócio e, apenas em 1963 em Portugal,

⁹ “O *care* – simples e genericamente, "o cuidado com o outro", "a atenção para com outrem", visando a melhorar o seu bem-estar – não é uma ocupação nova, aqui e alhures: seja o trabalho que envolve o cuidar de crianças, passando por aquele que é dispendido nos afazeres domésticos no seio da família (que podem ser delegados a babás, empregadas domésticas e faxineiras), até aquele que engloba os cuidados na área da saúde, todos esses tipos de trabalho são ocupações consolidadas nos mais diversos contextos sociais da atualidade, cada qual sendo, na maioria das vezes, analisado por campos específicos do conhecimento.”(HIRATA, 2012, p.366).

foi permitido às mulheres o matrimônio. Essa história recente faz ecoar ainda no imaginário social e profissional um perfil “feminino” para a profissão.

Ademais o pouco envolvimento de homens com os cuidados em saúde, seja em relação ao autocuidado, seja também no que diz respeito à busca de cuidados especializados ocorre como fator cultural e social e relaciona-se ao imaginário social acerca dos modelos de masculinidade. Portanto, os homens enfrentam dificuldades em se identificarem com as profissões vinculadas ao cuidado, além de não incorporarem o cuidado como uma atividade pessoal necessária à sua vida. Dificilmente se vê a presença de homens nos serviços de saúde, bem como o próprio serviço mostra dificuldade em assimilar sua presença nas atividades/atendimentos de rotina.

O cuidado está, pois, vinculado a um tipo de saber advindo da atividade prática, denominada de sabedoria prática, voltada para a realização de sujeitos e não objetos (AYRES, 2000) e requer uma abertura para o outro. Portanto, escolhas associadas aos cuidados vem da ideia de que as mulheres são “naturalmente” cuidadoras.

Os dados também revelaram que todos os profissionais foram inseridos na docência após a realização de concurso público, o que significa uma estabilização da carreira e a entrada na função por competência profissional. Estando a maior parte dos/as docentes em início de carreira pois são jovens, predominantemente na faixa etária entre 33 e 43 anos de idade.

Verificou-se ainda que a maior parte dos/as docentes (13 deles) não tinha experiência anterior com a utilização da Metodologia Ativa no ensino superior, sendo a IES de vinculação atual a primeira experiência com o método de ensino.

A seguir, apresenta-se os dois próximos tópicos sobre a “Subjetivação docente a partir da Metodologia Ativa: discurso emancipador” e a “Perspectiva dos/as docentes quanto à integração gênero/diversidade com a Metodologia Ativa”. Nesse sentido, com o intuito de preservar o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa, optou-se por adotar nomes fictícios, porém garantindo sua identificação de gênero. Portanto, para os/as docentes brasileiros/as utilizou-se os seguintes nomes indígenas para as mulheres: Araci, Iara, Irani, Jaci – para os homens: Kayke, Kauê, Moacir e Raoni. E para os/as portugueses/as escolheu-se nomes considerados típicos da região de Portugal: Vitória, Amélia, Maria, Angélica, João e Teobaldo. Os respectivos nomes são citados ao final de cada enunciado, apresentado juntamente com seu curso/departamento de vinculação e seu país, a fim de facilitar aos/as leitores/as a compreensão do lugar de onde o sujeito fala.

5.2 - SUBJETIVAÇÃO DOCENTE A PARTIR DA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA ATIVA: DISCURSO EMANCIPADOR

O trabalho na docência do ensino superior em saúde, nas duas realidades em questão, tem suscitado experiências profissionais, que ora convergem, ora divergem entre si, visto que são realidades de países distintos do ponto de vista econômico, social e cultural. Compreende-se que os determinados contextos organizacionais e institucionais criam diferentes relações sociais, que são marcadas por contradições e especificidades, experimentados no Brasil e em Portugal.

Nesse sentido, buscou-se compreender qual o discurso que atravessa a fala e a subjetivação dos/as docentes envolvidos com a prática da Metodologia Ativa, tendo em vista que a linguagem e os discursos são instâncias que nos permitem nomear e dar sentido ao mundo ou a realidade. Além disso, bem como afirmou Foucault (2015), a linguagem nos fornece as categorias de pensamento, os conceitos e os termos pelos quais narramos e explicamos a nós mesmos e a tudo mais que nos atinge e rodeia. Pensar os discursos pedagógico-críticos é considerar a participação da educação e da pedagogia nos processos de subjetivação dos indivíduos, e em certas formas de experiência que os/as docentes na relação pedagógica possam ter de si mesmos, dos outros e do mundo. Para Garcia (2002) a pedagogia tem efeitos disciplinares sobre a conduta humana e sobre os modos como pensamos, falamos e atuamos em relação as questões educacionais. A pedagogia, portanto, enquanto discurso de tecnologia está implicada no governo da subjetividade.

Concorda-se que o indivíduo não se encontra com suas ideias e o meio o acolhe; há, ao contrário, uma estreita relação entre aquilo que a pessoa reproduz em sua fala e os lugares ocupados por ela (Foucault, 2008). E dentro dessa perspectiva, os depoimentos colhidos esclarecem como os/as docentes vivenciam a formação superior em saúde frente às inovações metodológicas no contexto da realidade estudada e a ‘política de verdade’, à luz de Foucault, instituída a partir dos discursos vigentes. Nesta etapa da análise, emergiram enunciados como: demandas sociais e educacionais vinculadas às Metodologias Ativas na docência; integração entre o método e a realidade social; potencialidades e fragilidades do método na prática; reconstrução da identidade profissional.

5.2.1 - Demandas sociais e educacionais vinculadas às Metodologias Ativas na docência

Compreender a motivação dessa transformação metodológica no ensino superior em saúde, ou seja, os ideais que costumam justificar as práticas pedagógico-críticas e progressistas, foi uma das questões que muito instigou este estudo, pois à luz de Charlot, a pedagogia, seja ela tradicional ou renovada, mascara ideologicamente a significação política da educação. O autor considera que a pedagogia nova não constitui uma ruptura social e sim um “discurso generoso que desliza na realidade da educação” (CHARLOT, 2013, p.37), sem efetivamente mudá-la.

Nesse sentido, para entender o que pensavam os/as docentes da UFS e das IES de Portugal sobre os “bastidores” dessa transformação metodológica, questionou-se sobre as demandas sociais e educacionais que propulsionaram as metodologias ativas nos cursos de graduação em saúde. Constatou-se que, na concepção dos/as docentes, o dinamismo e as transformações do contexto social e do mundo do trabalho exigiram ajustes nas políticas públicas de saúde e educação e, em consequência, o perfil do profissional, bem como o método de ensino-aprendizagem teve que ser adequado às novas demandas. Nessa lógica, segundo Raoni, professor da Fonoaudiologia no Brasil, “a metodologia de situações-problema pôde acompanhar o avanço da sociedade, tanto tecnologicamente quanto os conflitos que vão surgindo. Na Metodologia Ativa a gente consegue contemplar esse dinamismo”. Portanto, “A sociedade se transformou e os gestores viram e vislumbraram que precisavam mudar o método que se estava trabalhando”. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

As falas referem-se à necessidade de uma formação profissional diferente e pautada na lógica social real, sugerindo que esta metodologia utilizada em seus contextos educacionais, por ser mais dinâmica e pautada nos problemas reais, consegue preparar o futuro profissional para o mundo do trabalho. Pois, de acordo com a professora Araci, “O mercado tá necessitando de profissionais que sejam mais completos, mais generalistas” (Nutrição, Brasil), fato que coaduna com a perspectiva das novas Diretrizes Curriculares do Brasil para os cursos de graduação em saúde que apontam as características do profissional a ser formado – generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de trabalhar em equipe. (Brasil, 2001). As escolas devem se aproximar dos serviços, em todos os níveis de atendimento, e da comunidade com interação, de forma coerente e sinérgica como prescrito na Constituição, segundo a qual o Sistema Único de Saúde (SUS) deve regular a formação de recursos humanos para o atendimento em saúde (Brasil, 1988).

Quando o professor, a seguir, critica a antiga formação considerando-a “em quantidade, mas sem crítica, sem visão de mundo” reforça a necessidade de um programa de formação mais resolutivo:

A necessidade de formar sujeitos mais dinâmicos, que tivessem um poder de atuação mais efetivo junto aos programas sociais pra tentar resolver mais aquela demanda regional. Isso principalmente na formação em saúde vinculada ao sistema público de saúde. Era tudo muito mecânico e sem resolutividade. Os sujeitos estavam sendo formados em quantidade, mas sem crítica, sem uma formação holística, sem uma visão de mundo entendendo as necessidades sociais reais. (Kayke, Enfermagem, Brasil).

Convém salientar que no ensino superior em saúde as transformações metodológicas estão ocorrendo como demanda do Sistema Único de Saúde (SUS), que traz nos seus princípios características de uma diferente forma de conceber e fazer a saúde, e consequentemente, um novo profissional se faz necessário. Houve uma reestruturação das políticas de educação implementada pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no início do século XXI, de acordo com o Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, Nº 583, de 04 de abril de 2001(CNE/CES 583/2001). Esse processo de mudança das políticas da educação, no campo da Saúde, trouxe dentre tantos desafios, o de romper com modelos de ensino tradicionais a fim de formar profissionais de saúde diferenciados. As DCN orientam as instituições de ensino para inserir em seus currículos conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar. Devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo (LAMPERT et al, 2009).

O discurso de que o sistema de saúde, tanto brasileiro quanto português, requer um profissional de saúde apto a responder com dinamismo às demandas reais da sociedade, bem como às constantes transformações sociais, aliados aos discursos de cunho mais radical da educação fomentaram a metodologia ora estudada. Quanto a isso, Garcia (2002, p.13) relata que:

Desde o final da década de 70 do século XX, no contexto da chamada redemocratização brasileira, discursos de cunho radical em educação adquiriram um certo grau de institucionalização e repercussão no campo acadêmico e escolar. Sustentaram, e ainda sustentam, políticas públicas para a educação e propostas de reformas curriculares em diversos níveis do ensino oficial brasileiro; são foco de publicações especializadas do campo educacional, circulam em departamentos universitários e em reuniões científicas da área, propondo formas de ser e de agir como professores e professoras críticos.

Afirma ainda, a autora, que as pedagogias críticas vinham se desenvolvendo desde o final da década de 1950 e início de 1960 com Paulo Freire. Em anos subsequentes foi retomada de uma forma mais ampla no Brasil, fundamentando inclusive experiências nas redes oficiais de ensino. Outras tantas emergiram nas décadas de 1980 e 1990 do século XX, em ambiente acadêmico-universitário, intensificando as lutas em defesa da escola pública pela via da qualidade de ensino e da democratização do saber.

Vê-se que as transformações sociais, na concepção dos/as docentes brasileiros e também portugueses impulsionaram às mudanças no método de ensino aprendizagem, especialmente, a partir do final do século XX, com a chamada Era da Informação. Essa Era é também conhecida como digital pois dinamizou os fluxos informacionais pelo mundo por meio dos avanços tecnológicos advindos da Terceira Revolução Industrial. Nesse contexto, foi difundido o *ciberespaço*, um meio de comunicação instrumentalizado pela informática e pela internet, que vem revolucionando a forma de produzir e transformar o conhecimento. Com isso, diz o professor:

[...] a internet, o acesso à informação, o conhecimento deixou de ser a moeda de troca. O acesso à informação tá aqui. Você baixa tudo da internet, no celular, no computador. Você tem programas que calculam doses de medicamento. Então muitas das informações que você não tinha acesso hoje em dia você tem. Então o profissional não se destaca mais pelo que ele consegue armazenar. Armazenar informações deixou de ser a grande questão para o profissional. Hoje em dia o profissional precisa aprender a trabalhar com as informações que ele recebe. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

O depoimento do docente reforça que, diante da facilidade do acesso ao conhecimento, se exige, na atualidade, um reaprender a lidar com as informações para, desta forma, transformá-las em conhecimento. As informações estão aí, dadas, prontas e o indivíduo deve saber lidar com elas, usar os filtros necessários para tratar essa informação, e, segundo o mesmo, a metodologia, de que trata este estudo, favorece esse fato.

Hoje o aluno tem muito mais meios pra chegar até a informação, mas informação é uma coisa, e conhecimento é outra. Conhecimento é a informação filtrada a partir da tua experiência clínica, com a realidade local, com as tuas capacidades cognitivas e estruturais e assim por diante. Esses filtros me levam até o conhecimento. Nesse método, o professor auxilia o aluno na construção do conhecimento, a partir da criação de filtros das informações que hoje temos em abundância. (Moacir, Odontologia, Brasil).

A docente portuguesa, a seguir, reforça a necessidade de balizas para filtrar a informação em demasia e, reitera a importância da autoregulação do aluno nesse contexto. Sendo assim, compreende que o método na formação superior, tem potencial para preparar esse aluno para o mercado de trabalho em um mundo globalizado e tão diverso.

Hoje eu tenho o mundo em minhas mãos. Quando eu comecei a estudar eu tinha que andar nas casas das minhas amigas a procura de livros que eu ainda não tinha lido. Eu agora tenho o computador e tenho todos os livros lá dentro. Nesse momento o mundo invade-me. Mesmo se eu não teclo, tá lá. Eu saio pra rua, para o Porto, e tem lá uma série de pessoas de todas as nações. Eu entro num restaurante e posso comer uma comida portuguesa, chinesa, americana, inglesa, francesa e tailandesa. [...] Nesse momento a informação circula tão depressa. Há tanta coisa em jogo. De um lado tanta coisa que se quer preservar, do outro lado tanta coisa que se quer mudar. E a informação ou desinformação, como se quer chamar, é tão rápida, que se a pessoa não tiver integridade ou capacidade de análise ou capacidade crítica para preservar a si própria, não tem balizas, não tem referências. E essa é pra mim, se calhar, nesse momento a maior bandeira em termos de formação. Estamos a formar terapeutas, mas também estamos a formar pessoas que tem que ter uma referência e tem que aprender a referenciar-se. Daí a nossa aposta na autoregulação. Nesse momento, é esse o nosso perfil. (Vitória, Fonoaudiologia, Portugal).

Evidencia-se, no excerto da professora Vitória, a importância da formação profissional na construção do sujeito, a partir da Metodologia Ativa. Mesmo com todo o avanço tecnológico e facilitação no acesso à informação “[...]estamos a formar pessoas [...]” e, com isso, ao professor cabe uma atenção redobrada. A construção da identidade profissional e pessoal são interdependentes e complementam-se, para tanto a referência docente deve considerar a dinâmica social, bem como os distintos aspectos relativos à existência humana. Nesses termos há que se considerar as questões de gênero. E, por fim, será preparado um profissional apto a autorregular-se com uma visão ampla dos seus objetos de estudo e trabalho.

Houve muitas similaridades em relação as perspectivas dos docentes homens e das docentes mulheres tanto do Brasil como de Portugal. Apesar do diferente contexto vivido em Portugal, onde evidencia-se uma vinculação direta da transformação metodológica com o Processo de Bolonha que, por sua vez, visava preparar o aluno para o mercado de trabalho, desenvolvendo conhecimentos, habilidades e atitudes consideradas fundamentais na prática profissional. Nesse sentido, os cursos iniciaram uma revisão do perfil do profissional das respectivas áreas do conhecimento, em seguida aprovaram nacionalmente este perfil, e foi instituído em Diário da República. “Começou tudo por causa da adaptação de Bolonha, fizemos um aproveitamento muito bom daquilo que foi oportunizado. Não foi uma mudança cosmética, toda a prática pedagógica foi revista.” (Vitória, Fonoaudiologia, Portugal).

Todos os/as entrevistados/as portugueses/as citaram o referido processo em suas falas, como explica, em detalhes, o docente da Terapia Ocupacional da Escola Superior de Saúde de Porto:

Foi um processo político, né. Foi o entendimento que a nossa equipe fez do que era o processo de Bolonha. Para nós, entendemos que deveríamos centrar

a formação superior do aluno no perfil de saída do profissional, centrar nas competências que ele deveria ter para o exercício da profissão. Quando nós começamos a refletir sobre o que são as competências e o que encerram essas competências em termos de habilidades, conhecimentos e atitudes (três grandes parâmetros de cada uma das competências) nós achamos que, por termos sido expostos a alguma experiência com métodos mais dinâmicos, nós achamos que não fazia muito sentido continuar no modelo tradicional. Para desenvolver essas competências eu tenho que preparar a pessoa para funcionar em equipe, uma equipe multidisciplinar, tem que preparar a pessoa para saber adequar suas atitudes em diferentes situações, tanto no trabalho de equipe, como no trabalho direto com as pessoas e também nas relações com as instituições, com as organizações. E isso não é uma coisa que seja, na nossa opinião, compatível com a transmissão de conhecimento, com uma aula teórica e prática tradicional. Isso tem que ser integrado com o todo, sendo que as competências não são domínio de uma área específica/exclusiva do conhecimento e, portanto, para fazer essa integração dessas competências com o input de várias áreas de conhecimento, que é aquilo que nós mobilizamos quando estamos lá fora, o método tinha que ser diferente. Portanto, decidimos ganhar coragem e modificar todo o paradigma. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

A noção de competência, citada na fala do docente como meta do processo de Bolonha, é associada, entre outras questões, aos esquemas de operações mentais, à capacidade, ao fazer com saber, ao conhecer as consequências, à resolução de problemas, à mobilização, aplicação e contextualização dos conhecimentos e à formação profissional. Segundo Deluiz (2006) para o modelo de competências importa não só a posse dos saberes disciplinares escolares ou técnico-profissionais, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho.

No Brasil, o SUS que tem como foco a promoção da saúde e a prevenção de doenças, objetiva maior resolutividade, eficiência e eficácia, e uma nova visão do processo saúde-doença, portanto, perpassa fundamentalmente pela discussão das competências profissionais e a incorporação de novas demandas ao processo de trabalho. (BRASIL, 2001). E dessa forma, o termo competência vem adquirindo destaque na área de Educação, na qual os debates acerca das novas concepções de currículo têm se intensificado e resultado em ajustes inclusive metodológicos, a exemplo da implementação da Metodologia Ativa na formação em Saúde. Muitas Instituições de Ensino Superior têm procurado elaborar seus projetos de cursos não mais centrados em conteúdo, traduzidos em uma grade de disciplinas, mas tendo como foco o desenvolvimento de competências. No Brasil, dentro do campo da Educação, a noção de competência aparece em documentos oficiais na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei 9394/96) tendo sido afirmada através de regulamentação específica. A LDB extinguiu os antigos currículos mínimos e conferiu maior flexibilidade e autonomia às instituições para a criação dos projetos político-pedagógicos dos cursos. A partir dessa

disposição legal, é potencializada a adoção desse conceito como elemento organizador das ações nas instituições e das práticas docentes. (DUTRA, *et al*, 2013).

Desta forma, passa a se valorizar o lugar do sujeito e das relações intersubjetivas, na medida em que a mobilização psíquica do indivíduo, sujeito do processo de trabalho, constitui a pré-condição mesma de toda a atividade produtiva. (HIRATA, 2002). A tendência deste conceito atribui mais importância à aquisição de qualificações tácitas no local de trabalho do que às qualificações expressas. Entendendo qualificações tácitas como àqueles componentes não organizados da formação, ligada a trajetória subjetiva e a uma interpretação da história pessoal, socialmente construída. A valorização das qualificações tácitas deveu-se a “desumanização” do trabalho em face de uma tecnologia alienante no passado. Diz respeito às qualidades que não foram obtidas através dos canais socialmente reconhecidos de formação profissional, e sim através da experiência de trabalho nas esferas ditas “reprodutivas”, fato que tornou as mulheres “desqualificadas” por ser sua habilitação considerada inata (KERGOAT, 2003). As qualificações tácitas são, portanto, fruto da vivência concreta do trabalhador, baseada na experiência adquirida em uma situação específica, é de difícil transmissão através da linguagem formalizada, sendo também insubstituível.

Por diversas razões, o uso do conceito de competência na Educação não tem sido consensual e vem recebendo críticas e suscitado resistências. Associa-se a noção de competência com o modelo tecnicista de educação implantado pelo governo militar no Brasil na década de 1970. Também se posicionam dessa forma crítica organizações como o Sindicato Nacional de Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN) e a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação (ANPED). De modo geral, essas entidades argumentam que a noção de competência estaria dando excessiva ênfase ao fazer e aos saberes práticos, em detrimento do conhecimento. Essas críticas externam o (justo) temor de que seja conferido à formação profissional um caráter eminentemente prático e utilitarista, voltado para o mercado, sem a apropriação de um quadro teórico e reflexivo que subsidie a ação. Considerando-se essas críticas, é possível construir outros entendimentos quanto à noção de competência, relacionando-a com a capacidade de articular, mobilizar e aplicar um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes em um contexto específico. A partir desse conceito, aponta-se a importância dada a essas três dimensões, que devem necessariamente articular-se para formar um profissional competente. (DUTRA, 2013).

Embora não se possa falar de uma relação direta entre essas duas formas de definir competência, grosso modo, pode-se associar o saber-conhecer com o conhecimento, o saber-

fazer com as habilidades e o saber-ser e saber-conviver com as atitudes. A competência não pode ser transmitida, deve ser construída de forma ativa. Os modelos formativos, para Dutra (2013), propostos serão apenas uma referência para o desenvolvimento das competências dos alunos, tendo em vista que, em última instância, cada sujeito imprimirá sua marca pessoal ao seu processo de aprendizagem. Entre os muitos profissionais que venham a ser formados a partir de uma dada concepção curricular, haverá semelhanças, mas cada um terá a sua singularidade. Uma competência pode estar desenvolvida em diferentes níveis de complexidade e nunca é um produto final, acabado, mas um processo em permanente desenvolvimento.

Diante do exposto, vê-se que a Metodologia Ativa, tanto no Brasil como em Portugal, surgiu como uma demanda educacional para ajustar a formação profissional em uma lógica de competências. Na formulação das diretrizes curriculares no Brasil e Declaração de Bolonha na Europa, se entendeu que essa formação habilitaria o egresso a se inserir no mercado de trabalho com as características específicas para este fim.

Esses ajustes nas estratégias de ensino-aprendizagem ocorreram em toda a União Europeia, em distintas instituições, apesar de existirem experiências pedagógicas ativas anteriores ao referido processo de Bolonha a exemplo da Escola Superior de Enfermagem de Porto (ESEP):

O Processo de Bolonha, em algumas instituições, obriga a utilizar metodologias mais um bocadinho com maior abertura para os estudantes. No nosso contexto aqui da escola não se sentiu tanto, talvez por termos um curso com uma vertente mais prática, isso já nos estimulava a ter metodologias ativas para preparar as pessoas para essa profissão. Noutros contextos em que se faziam uso exclusivamente tradicional, Bolonha veio a alterar todo o processo. (Maria, Enfermagem, Portugal).

Alguns depoimentos mencionam que a implementação da Metodologia Ativa, em Portugal, não foi necessariamente uma livre escolha das IES, a partir do momento em que “Na mudança do método, nós fomos obrigados a reduzir as horas com os estudantes e dar mais horas para o estudo autónomo”. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

Fomos um bocado empurrados pra isso por causa da reforma de Bolonha, quando nos restringiram um bocado de horas, nos disseram que os cursos tinham que ter tantas horas e o resto tinha que ser trabalho autónomo. E quando começamos a pensar nisso colocando na metodologia antiga verificamos que não era possível. [...] portanto, nós tínhamos que arranjar uma forma alternativa de poder passar as competências que eles precisam ter com menos tempo de contato. (Amélia, Terapia Ocupacional, Portugal).

O estudo autodirigido é um dos marcos desse padrão educacional pois privilegia a autonomia no aprendizado e a mobilização do conhecimento individual em função da velocidade das mudanças e da competitividade (ARRUDA, 2000). Nesse intuito, reserva carga

horária significativa para o estudante fazer suas pesquisas às fontes bibliográficas e buscar a solução do problema apresentado pelo professor. No entanto, o fato citado efetivamente flexibilizou a carga horária em sala de aula, o que coaduna com uma das fragilidades do método elencada nesta pesquisa, também pelos/as docentes brasileiros, conforme será apresentado adiante no tópico que trata das fragilidades.

5.2.2 - Integração entre o método e a realidade social

Quando educadores e educadoras falam de sua prática na escola ou universidade, dizem do lugar que ocupam no processo educativo, posicionam-se no interior de uma ordem particular dos saberes e do discurso, significando-se a si próprios e as suas práticas através de uma gramática que é introduzida em grande parte pela pedagogia e outros saberes. Com isso, priorizam categorias e princípios, e preterem, excluem e negam outros tantos. (GARCIA, 2002).

O sistema educacional foi projetado há centenas de anos e vem seguindo uma lógica pautada na era industrial. Alunos são educados em massa e controlados e orientados pelo sistema a seguirem suas instruções e são recompensados quando o fazem integralmente. No entanto, no momento atual, diz-se que não se consegue chegar muito longe seguindo apenas as instruções, pois é dado um valor maior às pessoas criativas, que podem comunicar suas ideias e colaborar com os outros.

Nessa lógica discursiva da formação de um profissional mais colaborativo, com capacidade comunicativa e em sintonia com a realidade social, implementou-se a mudança no processo de ensino no Brasil e em Portugal. A construção/adequação dos novos currículos deveria responder aos desafios do novo século, desenvolver uma visão do todo e promover redes de mudanças sociais (com base numa ampliação da consciência individual e coletiva) por meio de métodos inovadores (capazes de compreender o homem como um ser histórico) e do cumprimento de uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora (MITRE *et al*, 2008).

A partir dos depoimentos dos/as participantes deste estudo, foi possível constatar que, de fato, os cursos de saúde da UFS, campus Lagarto, estão fazendo uso da Metodologia Ativa integralmente, assim como proposto pela instituição nos diversos espaços de aprendizagem, tais como: Tutorial, Habilidades, Prática de Módulos e Prática de Ensino na Comunidade (PEC). No entanto, o tutorial, espaço onde se utiliza as respectivas **situações-problema**, parece ser o espaço de aprendizagem em que o método está sendo utilizado de maneira mais sistemática,

inclusive seguindo os tradicionais oito passos que a Aprendizagem Baseada em Problemas estipula.

Segundo Kauê (Educação em Saúde, Brasil) o PBL é o carro chefe da atividade do tutorial da qual ele é responsável e, menciona satisfação com a proposta, visto que “é instigante o fato de a gente estar na sala de aula e todo mundo poder debater, discutir. Aquele silêncio que existia nas minhas aulas, não existe mais. Minha voz sozinha sem interferência não é legal”. Constata-se que a metodologia fomenta à discussão e promove uma maior participação dos alunos no processo. Sendo o debate em grupo e o foco na realidade extra-muros as prioridades da estratégia pedagógica, ela tem mudado a perspectiva do ensino, tudo isso em coerência com a orientação das novas DCN que orientam as instituições de ensino para inserir em seus currículos conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, articulados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar. Devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo (LAMPERT et al, 2009).

As falas mostram a importância da atividade do tutorial e a maneira como o tutor pode conduzir, introduzir e questionar fatos que tenham relações com o contexto social, como exemplifica o professor, a seguir:

A gente confecciona situações-problema que contemplem condições sociais de determinado grupo populacional com a teoria necessária para que o fonoaudiólogo ao se formar tenha o conhecimento sobre os problemas da voz e os associe ao contexto de alguma população. No início foi bem difícil. [...] se a gente começa a ficar ansioso para dar respostas, o método acaba falhando. (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

Quando o docente menciona a possibilidade de o método falhar refere-se a mudança na conduta do professor em relação ao aluno nas sessões de tutorial, visto que nesse método não cabe a ele dar as respostas e sim motivar e orientar o aluno na busca por seu conhecimento. Logo, quando o docente prontamente responde aos questionamentos dos alunos interrompe o ciclo de aprendizagem preconizado pela Metodologia Ativa.

Nos demais espaços de aprendizagem há uma mescla de metodologias ativas, ficando a critério do docente a escolha mais acertada para o seu objetivo de aprendizagem. E na PEC (Prática de Ensino na Comunidade), a “problematização” é a Metodologia Ativa de escolha, assim como preconizada por Paulo Freire e reforçada pelo relato do professor do curso de Enfermagem da UFS: “Eu sou professor de PEC, então começamos conhecendo a realidade da

comunidade nas visitas, conversando com os pacientes, e buscando entender as variáveis que poderiam estar relacionadas aos problemas de saúde do paciente”.

Pensar na **autonomia** discente, seu local de inserção e a realidade da comunidade, “aproxima o aluno dos problemas de saúde regionais, para que eles tentem encontrar soluções já que eles vivem nesse meio”. (Iara, Fonoaudiologia, Brasil). Portanto, o acesso à realidade, proporcionado pelo método, mostrou-se presente em todas as falas dos/as docentes que vão ao encontro do discurso de autores que defendem a pedagogia crítica. Para Freire (1979) a pedagogia problematizadora (que se contrapõe à educação bancária), de caráter reflexivo, implica em um constante desvelamento da realidade ou inserção crítica na realidade.

O sujeito ativo precisa ter uma situação autêntica de experiência, com propósitos definidos, interessantes e que estimulem o pensamento. E, portanto, após observar a situação, irá buscar e utilizar as informações e instrumentos mais adequados, devendo o resultado do trabalho ser concreto e comprovado por meio de sua aplicação prática. (DEWEY, 1998).

A problematização pode levar o indivíduo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (PENAFORTE, 2001).

Ainda que inserido em um contexto próprio, permeado por discursos de positividade e crença no método, observou-se contradições no modo de pensar do corpo docente do Campus de Saúde de Lagarto, visto que o curso de Odontologia não faz uso do método em sua inteireza e não segue os oito passos do tutorial. O departamento e seus docentes contestaram a rigidez do método, bem como a ausência da liberdade de escolha do profissional, pois segundo eles, o professor deve adequar sua estratégia de ensino-aprendizagem de acordo com suas necessidades e demandas que são singulares. Houve nesse depoimento, a experiência do **contra discurso** vinculado a pedagogia crítica:

Na questão de Lagarto a gente viveu muitos embates, existiu muitos dogmatismos em relação ao PBL. Aí eu fiz o que qualquer professor doutor faria na minha condição. Eu fui ler o que os cursos de Odontologia faziam em relação ao método internacionalmente. Fui vendo quais eram as instituições internacionalmente que faziam uso das metodologias ativas de uma maneira geral, limitando-se ou não ao PBL. E aí eu comecei a ver que havia uma série de questões que essas instituições faziam. E consequentemente fizeram uma série de modificações na aplicação do método. (Moacir, Odontologia, Brasil).

Para Foucault (2008) essa atitude do docente também poderia ser chamada de “contraconduta”, ou seja, um movimento que tem como objetivo uma outra conduta, por meio

de outros procedimentos, com outros objetivos e também outros métodos. Assim, torna-se possível fomentar novas formas de pensar e agir dentro da realidade vivida. A fala do professor, causou muitas divergências no corpo docente e gestor do campus em questão, pois vinha na contramão de um discurso hegemônico presente na imensa maioria da população acadêmica. Esse discurso prometia que, ainda que trazendo um tom de ironia à questão, a Metodologia Ativa fosse responsável pela “redenção da humanidade e a sua salvação neste mundo”.

No entanto, ainda que a Odontologia do campus de Lagarto não use o método na forma como foi organizada pela UFS, se beneficia do modo de pensar do PBL e, portanto, mantém uma lógica pautada na centralização do aluno em todo o processo de ensino aprendizagem e na estimulação da reflexão e do pensamento crítico. O professor menciona ainda que “[...] a gente se beneficia do modo de pensar que o tutorial promove pra poder usar da maneira que a gente acha conveniente”. (Moacir, Odontologia, Brasil).

Na realidade portuguesa, pode-se afirmar, a partir dos relatos dos/as docentes, que a **metodologia é utilizada de forma híbrida** pelos cursos de Enfermagem da ESEP, Medicina da EM-UM e também pelo curso de Fonoaudiologia da ESS. Isto quer dizer que é comum mesclar momentos convencionais com variadas técnicas ativas, inclusive o PBL.

[...] achou-se que seria inadequado tentar seguir um modelo único de estratégia ativa, pois há muitas formas e modelos ativos, PBL e outros. Muitas histórias de sucesso e toda a gente sabe que há também muitas histórias de insucesso. E, portanto, aquilo que foi feito aqui foi adequar a estratégia às condições que temos. Para recebermos e trabalharmos ativamente com os 120 alunos que recebemos anualmente na Medicina temos sempre a ideia de que temos que usar diferentes abordagens. [...] As aulas são baseadas em discussão de problemas sim, através da ‘*peer instruction*’ e também da aprendizagem por módulos de objetivos. Mas a aula expositiva também tem seu papel, talvez 10 ou 15 por cento do total de aulas ministradas. (Teobaldo, Medicina, Portugal).

A metodologia chamada de *peer instruction* ou aprendizagem por pares, citada pelo docente de Medicina, diz respeito a uma técnica proposta por Eric Mazur, professor de física da Universidade de Harvard, que visa o entendimento dos conceitos, valendo-se da discussão entre os alunos. Esta técnica é uma das mais estudadas em termos dos impactos sobre o conhecimento dos alunos e funciona basicamente da seguinte forma: 1. Os alunos estudam o assunto antes da aula; 2. As aulas são baseadas em perguntas elaboradas pelo professor; 3. As perguntas são apresentadas aos alunos; 4. Os alunos têm um tempo para refletirem individualmente; 5. Há um dispositivo para voto que pode ser através de plaquinhas com as alternativas ou até mesmo com o auxílio de computadores ou smartphones; 6. Quando a média de acerto estiver entre 35 a 70%, os alunos discutem a questão em pares ou grupos novamente;

7. Há uma nova votação; 8. O professor analisa o resultado e depois decide se propõe outra questão ou retorna a discussão do conceito apresentado anteriormente (PALHARINI, 2011). O mais importante dessa aula é, portanto, o trabalho por pares.

Já a metodologia por módulos de objetivos, também utilizada pela Medicina da EM-UM, tem seu trabalho alicerçado em objetivos de aprendizagem que definem as metas a atingir em cada módulo, semelhante ao PBL, com cinco fases de aprendizagem: 1. Apresentação e discussão dos objetivos pelos alunos de forma a elaborar um mapa conceitual e identificar os recursos disponíveis para atingir os objetivos definidos; 2. Autoaprendizagem tutorizada, em que os alunos acompanhados pelos/as docentes trabalham os recursos pedagógicos disponibilizados em diferentes ambientes; 3. Certificação de que os objetivos foram atingidos através de exposição e debates entre os alunos e docentes; 4. Autoaprendizagem tutorizada, com práticas e outras atividades complementares e por último 5. Avaliação do módulo.

Portanto, diferente da realidade brasileira apresentada pelo Campus de Saúde da UFS, em Portugal há uma preferência por flexibilizar o método, tornando-o híbrido na maioria das experiências aqui relatadas. No entanto, tem-se a vivência do curso de Terapia Ocupacional da ESS que **mudou de forma integral seu paradigma de ensino**, implementando o PBL em todas as unidades curriculares da graduação e, com isso, os/as docentes entrevistados/as observam, ao longo dos 10 anos utilizando o método, inúmeras vantagens.

[...] vamos preparar os nossos alunos para ter as ferramentas para poder a partir do conhecimento/ da bagagem que trazem, adquirir uma nova bagagem, na perspectiva da aprendizagem ao longo da vida. E o PBL dá essas ferramentas ao estudante para que ele não sabendo de algo, num dado momento, tenha como fazer para vir a adquirir as competências necessárias. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

Sem sombra de dúvidas eu acredito no modelo PBL e por isso que decidimos avançar no modelo, acredito que os estudantes saem com competências que no modelo tradicional não conseguem, por exemplo, autonomia, rapidez no raciocínio, rapidez na busca de soluções, e ainda competências sociais, sabem lidar com o outro, relacionar-se em equipe. (Angélica, Terapia Ocupacional, Portugal).

Para Berbel (1998), as metodologias ativas baseiam-se em formas de desenvolver o processo de aprender, fazendo uso de experiências reais ou simuladas, visando às condições de resolver, com sucesso, os desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos. Nesse sentido, as metodologias ativas buscam a inserção de novas formas de convivência, comunicação e organização do fazer, tanto do docente, quanto do discente. Muda o foco do ensino centrado no professor para a aprendizagem centrada no protagonismo do estudante, de modo a criar possibilidades para a produção ou construção do conhecimento.

5.2.3 - Potencialidades do método

Embora o primeiro momento tenha sido de desafios, a adaptação ao método e admiração parecem ter sido concomitantes. Os depoimentos dos/as docentes demonstram, em regra geral, satisfação em participarem desse processo de transformação metodológica, por observarem o desenvolvimento de habilidades nos alunos essenciais para o desbravamento dos respectivos territórios de atuação dos mesmos no futuro, bem como a resolutividade dos problemas reais de saúde dos cidadãos.

O foco no perfil de saída do aluno, no desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes, tem proporcionado, segundo relatos, maior autonomia e proatividade. “Os supervisores técnicos que recebem os alunos nos estágios, nas unidades de saúde tem elogiado bastante. Eu acho que nosso aluno sai mais proativo. Eles correm atrás”. (Araci, Nutrição, Brasil).

O termo **proatividade**, comportamento de antecipação e de responsabilização pelas próprias escolhas e ações frente às situações impostas pelo meio, foi citado repetidas vezes pelos entrevistados/as do Brasil e de Portugal:

Quando eu proponho pibic, eles têm muita iniciativa para as coisas. E acho que é resultado do método. Eles são proativos. Alunos que estão comigo em pibic e pibix são como colegas de trabalho de tão autônomos que são e de tanta confiança que tenho neles. (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

O enfoque é muito mais naquilo que o aluno há de ser como profissional. Em termos daquilo que é de prática de pesquisa, o saber estudar, o ser capaz de se relacionar com outros profissionais, a parte comunicativa do que propriamente o ensino técnico que é hoje assim, amanhã é de outra maneira. A parte técnica tem evoluído tudo tão rapidamente que aquilo que nós ensinamos em um ano, chega no estágio e aquilo já está desatualizado. Todos temos que aprender a aprender. Então o aluno tem que saber aprender e saber chegar lá e perceber o que falta para conseguir recuperar, para conseguir chegar às fontes. Isso é o que privilegiamos. Muito mais essas competências de ir buscar o conhecimento novo necessário propriamente do que a base técnica, pois a técnica tá aí, a base naturalmente. (Vitória, Fonoaudiologia, Portugal).

Não obstante, vale considerar que esse ideal da pessoa autônoma, na perspectiva de Rose (1996), como um ideal regulatório que suscita paixões tanto da esquerda como da direita do espectro político, inspira grande parte dos modos de subjetivação que a cultura põe ao nosso dispor e foi fortalecida pelo saber disciplinar da psicologia a partir do século XIX. Portanto, segundo a autora, os termos largamente hoje utilizados para definir o sujeito educado e crítico, como autonomia, liberdade, responsabilidade, auto-realização, participação, solidariedade, são,

em grande parte, devedores do conhecimento psicológico e social e de suas hermenêuticas. Esses enunciados permearam os discursos dos/as docentes deste estudo.

O trabalho em Saúde, a partir do SUS, funciona em redes de atenção, e por isso é dada importância fundamental a questão da interdisciplinaridade, visto que o profissional necessita trabalhar em equipe, saber acolher as demandas de saúde da população, bem como saber encaminhar e articular as redes disponíveis. Nessa lógica, a habilidade de **trabalhar em equipe** e especialmente o desenvolvimento de competências comunicacionais tem sido características citadas nos depoimentos como positivas do método em questão:

Eu diria que “expressão” define o método. Eu acho que ela faz com que o aluno se expresse da forma mais bonita que ele tem pra se expressar. E acho também que o professor consegue fazer de uma forma muito mais bonita o seu trabalho, porque ele não tá ali totalmente o detentor do conhecimento. Porque de fato, na maioria das vezes ele nem é. Ele tá só numa casinha, ele tá vendo só o olhar de um estudioso, por exemplo. E a gente não abria o leque, não abria as possibilidades, não levava o aluno a pensar. Então eu acho que essa palavra ‘expressão’ define bem o método. E também libertador. Acho que é um método libertador, tanto para o aluno quanto para o professor. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

Os estudantes estão muito melhor preparados. De certo modo, são obrigados a desenvolver determinadas competências porque a própria estratégia os estimula a isso. O saber estar, interagir com as pessoas, explicar, além de preparar para saber argumentar sobre as decisões clínicas [...] O método acaba por confrontar as pessoas com algumas dificuldades. (Maria, Enfermagem, Portugal).

Pode-se dizer que a comunicação é a competência mais trabalhada na Metodologia Ativa, pois o aluno desde o primeiro ano é estimulado, durante as sessões tutoriais, a trabalhar em equipe e expressar sua opinião sobre aquilo que estudou acerca do assunto. Inclusive a avaliação do aluno depende sobremaneira da sua participação nas discussões. Além disso, o contato mais próximo facilitado pelo número reduzido de alunos na sala de aula, bem como pela disposição das cadeiras em círculo ao redor de uma mesa redonda, facilita a comunicação entre os alunos e entre eles e seus professores.

O trabalho em saúde produz bens imateriais, como conhecimento, informação, comunicação, afetos, reações emocionais, relações, e tem, portanto, duas dimensões: a dimensão cognitiva/linguística, ligada a resolução de problemas, e a dimensão afetiva, vinculada a produção e manipulação de afetos. Praticamente todas as profissões da saúde envolvem técnicas de conversa, a exemplo da anamnese utilizada no contato inicial com o paciente. Essa técnica visa sondar a história da queixa do indivíduo; são técnicas de conversa dirigidas e, normalmente, definem a pragmática do encontro entre profissional de saúde e paciente. Quanto maior for a capacidade do profissional de ouvir a queixa do paciente e sondar

sua demanda e história considerando as distintas dimensões, por exemplo o fato de ser mulher, de ser negro ou de pertencer a determinada classe social, maior será a possibilidade de perceber de que forma este fato está condicionando aquela queixa. No entanto, equivocadamente se usa essa oportunidade conversacional, assim como o intitula Teixeira (2005), de forma mecânica, quase como um adestramento e se perde a possibilidade de construir uma efetiva relação. Por isso a Metodologia Ativa foca na **habilidade comunicativa** com vistas a preparar o futuro profissional de saúde ao “encontro”. E nesse encontro oportunizar a relação entre os dois, profissional e paciente, que pode ser construída pelo profissional na intenção de escuta qualificada, na valorização das chamadas qualificações tácitas. Pois no campo do trabalho em saúde o conhecimento é apreendido enquanto necessidade humana que se constitui no interior das relações sociais.

Na Escola de Medicina da Universidade do Minho, há um tratamento diferenciado com seus alunos: “a maneira como recebemos os nossos alunos, desde o início com muito cuidado, tendo a certeza que eles não são apenas alunos, são pessoas que a gente quer trabalhar, são nossos colegas”. (Teobaldo, Medicina, Portugal). Nessa lógica, a Escola de Medicina mantém um espaço aberto para dialogar com os alunos e colocam em prática a **horizontalização da relação professor-aluno**, com vistas a introduzir desde a chegada do aluno na universidade a humanização das relações.

Além disso, a prática da resolução de situações-problema viabilizada tanto nos tutoriais quanto nas Práticas de Ensino na Comunidade tem facilitado o desenvolvimento de um raciocínio mais crítico e conseqüentemente de uma aprendizagem mais significativa. “No fim das contas nosso aluno aprende de uma forma diferente, eles conseguem fazer associações mais significativas, estabelecer conexões e propostas de intervenção”, mencionou Kayke (Enfermagem, Brasil).

A gente já observa isso. Alunos que no terceiro ciclo vão pra eventos, mesas e palestras e dão show de perguntas muito bem elaboradas, profundas. E a gente fica com orgulho. Dá pra ver que eles conseguem ter esse raciocínio integrado entre os conteúdos. E um raciocínio clínico e crítico. Então, eu vejo isso como uma potencialidade muito grande do método. Tenho bastante orgulho deles. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

Considera-se como **aprendizagem significativa** aquela em que ideias interagem com aquilo que o aprendiz já sabe, com algum conhecimento relevante que já existe na cognição do indivíduo. E nesse sentido, em um jogo de experimentação do conteúdo e discussão com seus pares, o aluno aprende de forma significativa. Abreu (2009) menciona que não haveria aprendizagem genuína em processos separados da experiência, onde se memorizam fatos sem

perceber os relacionamentos, gerando então um conhecimento superficial e destituído de significado pessoal para quem aprende. A aquisição de significado, portanto, é essencial para uma experiência educativa e requer um ato de reflexão e, com isso, a reorganização da experiência pelo pensamento muda sua qualidade. A experiência reflexiva é o sustentáculo de todo processo de aprendizagem.

Alsobel (1980) foi o pesquisador a propor o termo aprendizagem significativa e reitera, pois, que aprender significativamente é ampliar e reconfigurar ideias já existentes na estrutura mental e com isso ser capaz de relacionar e acessar novos conteúdos. Segundo ele quanto maior o número de links feitos, mais consolidado estará o conhecimento e por isso, o conteúdo a ser ensinado deve ser potencialmente revelador e o estudante precisa estar disposto a relacionar o material de maneira consistente e não arbitrária.

Sabe-se que as experiências constroem as subjetividades e as diferenças de acordo com as dimensões de classe, de idade, de raça, de gênero, de orientação sexual, de origem, e desta forma, cada um vivencia uma experiência singular. Nessa perspectiva, a pós-estruturalista Judith Butler (2003) entre outras teóricas feministas, que também formularam acerca da temática das articulações de diferenças, auxilia a produzir deslocamentos nos paradigmas disciplinares no marco dos quais trabalhavam. Butler tende a manter o enfoque central de suas reflexões na articulação das categorias de gênero e sexualidade. Em sua empreitada em problematizar a categoria “mulher” como sujeito do feminismo afirma que

Se alguém é uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é [...] o gênero estabelece intersecções com modalidades raciais, classistas, éticas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas [...] se tornou impossível separar a noção de gênero das intersecções políticas e culturais em que invariavelmente ela é produzida. (BUTLER, 2003, P. 20).

Portanto, a variável gênero permeia todas as vivências do indivíduo, tanto as sociais quanto àquelas oportunizadas no ato da formação profissional, nas experiências, por exemplo, com o método de ensino.

Para Freire apud Marteleto (2017, p.54), “não basta saber ler que Eva viu a uva. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho”. Portanto, inserir o conhecimento no contexto social e histórico a fim de tornar compreensível a intenção do ensino e aprendizagem é foco do método que aqui se investiga.

A **prática de estudo** é algo que foi citado por todos os/as docentes, e que parece ser um diferencial do método, pois o aluno necessita de leitura prévia para conseguir participar

ativamente das discussões nas sessões tutoriais e nas práticas clínicas, portanto, se vê obrigado a estudar. Para se envolver ativamente no processo de aprendizagem, deve ler, escrever, perguntar, argumentar e também contestar. E como disse o docente: “Todos os alunos aqui estudam. No tradicional, os alunos não estudavam, se resumiam ao que eu passava pra eles em sala de aula”. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

5.2.4 - Fragilidades do método

O professor é responsável pela construção da identidade do profissional de saúde a ser formado. A depender da forma como ele dinamiza as diretrizes curriculares, as Políticas de Saúde, o projeto pedagógico nas relações cotidianas com seus discentes, pode fortalecer o perfil identitário destes. Portanto, a partir da Metodologia Ativa o docente pode repassar ao aluno sua percepção sobre a saúde e problematizar sobre a relação entre o processo saúde-doença e as outras dimensões da vida do sujeito em adoecimento, a exemplo do gênero, raça, idade, orientação sexual, classe social, etc. Nesse sentido, é preciso ter clareza também acerca das fragilidades que esse método apresenta na formação em saúde, na perspectiva de refletir e minimizar seus efeitos.

Uma das fragilidades citadas, neste estudo, de forma sistemática relacionou-se ao conteúdo ministrado e consequentemente a **carga horária de aula**. O método ativo sugere uma carga horária vasta para o estudo autodirigido do aluno, com isso, há uma redução do tempo de sala de aula e a necessidade de condensar conteúdo. O estudante assume, portanto, a iniciativa no diagnóstico de suas necessidades, eleição e busca dos recursos humanos e materiais para a aprendizagem, além disso seleciona as estratégias para melhor aprender. O professor atua como um facilitador e orientador da aprendizagem. Por conta disso: “Em termos de corpo teórico, de robustez, se calhar, ficamos um bocadinho aquém, mas, de outro lado, eles ficam com as competências pra procurar quando precisarem. Coisas que os antigos não sabiam fazer. ” (Amélia, Terapia ocupacional, Portugal).

As vezes eu fico com receio dos alunos saírem com pouco conteúdo. Me questiono se o conteúdo discutido será suficiente para a vida profissional. Será que vai dar conta? Ele vai sair bem formado? As vezes o aluno fica solto. Pouco tempo em alguns módulos. O aluno passa, por exemplo, um mês e pouco na ortopedia, coisa que no tradicional o aluno passaria muito mais tempo. A carga horária normalmente na tradicional é mais diluída e aqui é condensada. Então a gente fica com receio de que esse um mês e meio não seja suficiente. Então a gente ainda vê esse detalhe como uma fragilidade, mas acho que com o amadurecimento, com estudos sendo feitos talvez a gente veja que isso não é um problema, que isso talvez nem seja uma fragilidade. Então

a fragilidade é se o conteúdo ministrado dá conta. Por outro lado, eu vejo que quando os meninos saem eles acabam se virando muito bem. Tem conteúdos que se vê no tradicional, mas a gente não consegue aqui. A questão é que no tradicional é tudo separado e mais mastigado. Num módulo a gente dá muita coisa ao mesmo tempo, é muito conteúdo. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

A questão da carga horária reduzida em razão da determinação do método ativo, traz incertezas aos professores, no entanto, pode significar um tempo maior para o estudante assimilar seu conhecimento e articulá-lo à sua prática em saúde. Entende-se que uma grande quantidade de informação transmitida ao estudante não terá, muito provavelmente, efetividade para o seu conhecimento. Reitera-se que há diferenças substanciais entre os dois vocábulos, em que conhecimento não é a simples apropriação de informações, nem tão pouco o ato de guardar as coisas. Conhecimento é um ato intelectual, onde se indaga, se questiona e se estabelece relações entre as diversas informações. Nesse sentido, parece importar muito mais para a formação em saúde a maneira como se aprendeu e o que se fez com o que se aprendeu.

O trabalho em equipe, ainda que citado como vantagem do método, pode também ser considerado como uma fragilidade quando o aluno tem como característica de personalidade a **timidez**, visto que ela dificultará sua participação no grupo, bem como sua expressão oral. Mesmo que o aluno seja estudioso e um bom leitor, se ele não se posiciona será, provavelmente mal avaliado, pois “O aluno tímido sofre muito mais porque faz parte da exigência do método o aluno conseguir se expressar, isso faz parte da avaliação. É uma habilidade importante de aprender pra vida.” (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

De início, se o professor não tiver essa percepção, o aluno acaba sendo muito punido por isso (timidez). E acaba sendo uma fragilidade. Temos que ter cuidado pra entender as características do aluno. E ele entender que isso é bom pra ele (habilidade de falar). Eu entendo o aprendizado como estímulo, mas tem gente que entende como punição. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

A substância do trabalho em saúde é a conversa, trata-se de um trabalho eminentemente conversacional. Não se pode entender o trabalho em saúde sem a conversa. Logo, a habilidade de comunicar torna-se fundamental e o aluno tímido poderá se prejudicar caso não vença esse obstáculo. Este aspecto questiona a formação do professor para atuar em situações de descompasso entre o método e o perfil do aluno.

Nesse sentido, os depoimentos de brasileiros e portugueses, tanto homens como mulheres, convergem na percepção de que o processo de **avaliação** é uma grande dificuldade da Metodologia Ativa:

O processo de avaliação ainda é bem difícil. Pensar que parâmetro utilizar para avaliar a fala desse aluno. Será que esse aluno tá desenvolvendo bem e

aquele mal? Tem aluno que só se posiciona uma vez na aula, mas a sua fala é crucial pra fechar todo o caso, mas tem outros que ficam regurgitando a mesma fala o tempo todo, lendo o caderno. (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

Os alunos dependem uns dos outros. Tu faz isso, tu faz aquilo, depois nós trocamos e na verdade nenhum deles, se calhar, alcança as competências que deveria alcançar. Metade aqui, metade ali e muitas vezes quando nós não temos o cuidado de verificar se eles desenvolveram todas as competências passamos despercebidos. Não conseguimos perceber que eles arranjavam esquemas para trabalhar e nossa avaliação não é suficientemente clara para nos mostrar se todos os indivíduos ganharam as competências propostas. Esse é o ponto mais desafiante do método. (Amélia, Terapia Ocupacional, Portugal).

Assim como o método de ensino aprendizagem se transformou faz-se necessário ajustes no instrumento de avaliação também. Utiliza-se na Metodologia Ativa dois tipos básicos de avaliação, a formativa e a somativa. A avaliação formativa ocorre durante todo o procedimento educacional, é, pois, processual e de desenvolvimento. O docente acompanha passo a passo o desenvolvimento do aluno no decorrer do período. É chamada de formativa por observar e aconselhar os alunos na transformação em direção aos objetivos almejados. Já a avaliação somativa acontece no final do processo de educação e tem uma função classificatória, algo também utilizado na metodologia tradicional.

No entanto, se observa, a partir dos relatos apresentados, que essa estratégia avaliativa não está sendo coerente com a proposta metodológica. Os professores não estão conseguindo perceber o real desenvolvimento do aluno no decorrer do processo, dada à impossibilidade de se desenvolver um sistema de avaliação capaz de identificar todas as nuances e multiplicidades que envolvem as novas qualificações para o trabalho em Saúde. Entende-se como delicado individualizar e avaliar objetivamente comunicação, comprometimento, autonomia, responsabilidade, bastiões do modelo da competência, sem tender para o subjetivo e para a personalização.

De acordo com o observado nesta pesquisa, tanto no Brasil quanto em Portugal, a maioria dos professores não tinha experiência prévia na utilização do método em questão, fato citado por alguns participantes como sendo uma fragilidade do método, visto que nem o professor nem tão pouco o aluno havia vivenciado essa prática, o que trouxe algumas dificuldades em saber lidar com questões pontuais.

A preparação do estudante para funcionar nesse método. Eles quando vem do ensino secundário não estão preparados a trabalhar assim. É preciso quebrar esse pedaço de pedra e começar a prepará-los para serem elementos ativos no seu processo de construção de competências. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

A totalidade dos depoimentos denunciam a fragilidade quanto a **ausência de experiência prévia de docentes e alunos na utilização da Metodologia Ativa** e constata-se a necessidade de formação e inserção desse tipo de formação no ensino médio. Na tentativa de preparar o aluno para esse perfil de maior flexibilidade e autonomia, algumas escolas básicas, a exemplo do Colégio Coesi em Aracaju e Escola da Ponte em Portugal, inseriram estratégias pedagógicas diferenciadas. A Escola da Ponte é uma instituição pública de Portugal que, desde 1976, compreende que o percurso educativo de cada estudante supõe um conhecimento cada vez mais aprofundado de si próprio, um relacionamento solidário com os outros e a busca por uma aprendizagem autodirigida. Já o projeto pedagógico do Colégio Coesi passou a inserir o PBL recentemente, em sintonia com as atuais tendências educacionais e tem como um dos seus pilares o educar para pensar.

Segundo relatos do Brasil, o processo de transformação metodológica vivenciado pelos/as docentes, foi dificultado por uma característica do método em especial, considerada como uma grande desvantagem/fragilidade, que diz respeito ao entendimento de que o **professor não deve ser especialista na área** do seu tutorial. Segundo alguns, isso é justificado pelo fato de o docente não ter que dar respostas aos discentes e sim estimular a busca e estudo autônomo dos mesmos. Nesse sentido, sendo o professor um especialista na área, a possibilidade de ter a resposta pronta e não hesitar em repassá-la na sala de aula, torna o especialista não desejado na aplicação da ABP. Esse fato muito contribuiu para um desgaste importante da categoria que além de não ter experiência com a proposta metodológica, não dominava a área. Observou-se que os professores não concordam com essa especificidade do método e trazem seus argumentos:

[...] as vezes você cai em subunidades que não é a sua área. Eu sou da saúde mental e as vezes caio em reabilitação física. E pra mim foi um baque, eu dei reabilitação física por um semestre e foi muito difícil. Eu não gosto dessa área e eu tive que estudar muito pra conseguir então eu acho que esse é um dos nossos problemas. Acho que a identidade é importante na Metodologia Ativa. (Jaci, Terapia Ocupacional, Brasil)

Eu sou cirurgião, mas já dei tutorial de pediatria, de tratamento de canal, de periodontia, são coisas que eu tenho fundamentada na minha graduação e até certo ponto eu consigo levar, mas quando tu chega na “repinboca da parafuseta” tu te perde. Tu não tem o refinamento que a coisa exige. [...] Essa história do tutor não ter que ser um especialista na área, na minha opinião, a partir das leituras que fiz, de fato ele não precisa, mas o aluno se beneficia muito mais quando o docente é especialista isso tá provado, isso tá na literatura. Então assim, contra fatos não há argumentos e contra nossa observação diária na trincheira também não tem como argumentar. (Moacir, Odontologia, Brasil).

Eu fiquei numa área completamente diferente daquilo que eu tinha especialidade. E aí, eu pensei o que fazer. Porque eu trabalho com alimentos, microbiologia, composição de alimentos, segurança de alimentos, fiz mestrado e doutorado em microbiologia de alimentos e quando eu entro na universidade me mandam fazer dietas, trabalhar com clínica. Eu nunca mais tinha trabalhado com isso. Aí me diziam: ah, mas pra trabalhar no tutorial você não precisa estar na sua área. Eu não concordo. Eu dar aula no tutorial de algo que eu não domino é completamente diferente. (Araci, Nutrição, Brasil).

Portanto, percebe-se que a ausência de afinidade com a área do tutorial significou uma grande perda profissional. E constata-se a partir do depoimento do docente, a seguir, quando menciona que “as pessoas têm uma visão da Metodologia Ativa como se fosse uma religião que não pode por nada ser quebrado”, uma convergência com o pensamento de Tomaz Tadeu da Silva (apud GARCIA, 2002, p.12): “Há, na área da teoria educacional crítica, certos pressupostos que funcionam como verdadeiros dogmas, bem como certas perspectivas que parecem atuar como verdadeiras seitas”. Portanto, o docente assim como o autor demonstram um incômodo quanto à falta de flexibilidade do método quanto a essa questão da especialidade, e rompem com a passividade de construções discursivas que tentam impor uma pretensa pureza, bem como com uma visão ‘pastoral’ da dita pedagogia crítica.

No início a vivência para mim foi muito traumatizante porque o meu concurso foi para uma determinada área, só que eu tive que ser tutor de uma área que eu não tinha propriedade para falar sobre. Eu me senti muito exposto e senti que meus alunos foram muito prejudicados quanto a isso. Isso foi muito errado. As pessoas têm uma visão da Metodologia Ativa como se fosse uma religião que por nada pode ser quebrado. E não é por aí. Tem que ter uma certa flexibilidade.[...] (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

Assim ocorreu no princípio do campus de saúde de Lagarto, no entanto, atualmente muitos cursos já conseguiram alocar o professor nos módulos de suas respectivas especialidades, como por exemplo a Fonoaudiologia, a Nutrição e a Odontologia, e alguns outros estão reestruturando seus Projetos Políticos Pedagógico (PPP) para esse fim. Segundo o professor: “[...] quando a gente conseguiu trabalhar com as grandes áreas dentro da Fonoaudiologia e cada um ficou com a área que mais se identificava isso ajudou absurdamente.” (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

Em Portugal, os/as docentes não vivenciam mais essa problemática, visto que já conseguiram vincular-se as suas respectivas áreas de especialidade, porém, também consideram esse aspecto, quando não solucionado, como uma fragilidade do método.

Constata-se que a Metodologia Ativa, nessa perspectiva, questiona a formação tecnicista e específica do professor. Há uma valorização da formação generalista e da flexibilidade para que o mesmo possa transitar por vários temas e por várias teorias, sendo necessário para isso,

que o professor se capacite, leia e estude através da formação permanente. Importa obviamente a expertise dele em determinada área, mas nunca em detrimento do conhecimento mais abrangente, da visão do todo na sua respectiva profissão.

5.2.5 - Reconstrução da identidade profissional

Sabe-se que a identidade profissional é construída a partir do processo formativo, assim como das relações de trabalho, das atividades coletivas em organizações e das diferentes formas de intervenções no mundo do trabalho. Nessa lógica, a pedagogia delimita, então, um processo formativo, que tem na Metodologia Ativa a contribuição para a formação de identidades pessoais e profissionais. Sugere-se que essa metodologia diferenciada traz uma perspectiva de levar em conta os aspectos humanos, as interações sociais, as diversidades de gênero, as questões das desigualdades, para que o futuro profissional desenvolva essa sensibilidade no seu processo formativo.

A experiência aqui analisada trouxe como uma das categorias relevantes para o estudo, a questão da identidade profissional ou, como diria Foucault (1994), o processo de subjetivação. Para o autor o termo “experiência” refere-se ao processo pelo qual a subjetividade é fabricada pelos seres humanos, podendo ser definida como a correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e modos pelos quais os indivíduos se reconhecem a si próprios como sujeitos de certo tipo. Logo, a experiência da docência no contexto da Metodologia Ativa, ou seja, de uma educação crítica, pode ser analisada através do estudo dos saberes que a ela se referem, dos sistemas de poder e de normas que regulam sua prática e dos modos pelos quais os indivíduos se reconhecem a si mesmos como sujeitos educadores críticos.

A aprendizagem proporcionada pela Metodologia Ativa na formação em saúde, o ser e o agir como educador crítico supõe tanto a aprendizagem de uma certa moralidade da conduta crítica, quanto um certo trabalho ético do indivíduo sobre si mesmo. Percebeu-se, nesta realidade, que tal experiência demandou dos/as docentes tanto do Brasil quanto de Portugal, homens e mulheres, uma **ressignificação de suas práticas** e consequentemente da sua identidade profissional.

A maioria dos/as docentes, pelo fato de não ter experiência prévia no uso do método ativo na formação em graduação, sentiu estranheza e dificuldade em um primeiro contato com a metodologia, fazendo com que os mesmos repensassem sua prática. Foi comum o relato da necessidade de reconstrução de suas identidades profissionais, fato que vem acontecendo passo

a passo na rotina de todos os/as docentes tanto do Brasil como de Portugal, e que tem sido minimizado pelas constantes capacitações as quais são submetidos/as. Todos/as relataram ter participado de **preparação**, cursos presencial e/ou virtual, oficinas, workshops, para se adequarem ao método. Inclusive na ESS em Porto, os/as docentes tiveram formação prévia em PBL por um período aproximado de 4 anos e, além disso, participaram da construção do método na prática, o que provavelmente tenha minimizado os efeitos das mudanças metodológicas vivenciadas.

Para a professora Irani, a experiência “Mexeu muito com o ego, com vaidades. Foi enriquecedor por ser um processo até de desconstrução de ego, porque as vezes os alunos falam de uma coisa e a gente não faz ideia. ” (Fisioterapia, Brasil). O **método questiona as relações de poder** e hierarquias entre docentes e alunos/as, como pode se observar a partir dos relatos a seguir:

Eu vinha de uma instituição onde eu dominava o conhecimento e passava para o aluno, então eu tive que me adequar, principalmente a ouvir mais o aluno. Eu vim de um método que só eu falava, falava e falava, e fazia slides e aqui tive que aprender a ouvir. Tenho que ouvir muito o aluno. Foi difícil, é difícil porque eu vou ter que deixar de lado essa característica de eu ser o centro do saber, detentor do conhecimento. Eu aprendo com meus alunos. Eu tive que olhar para o meu aluno e saber quem ele era, o que ele pensa, qual a formação desse aluno. E decidi participar dessa construção. (Kayke, Enfermagem, Brasil).

Tive que aprender a ser mais flexível e polivalente. Flexível porque não podemos ficar agarrados a conceitos, temos que ter a mente aberta. Polivalente porque em qualquer momento um estudante pode nos solicitar uma coisa que não estou preparada. Tem a ver com a experiência pessoal de cada um. Dá muito trabalho. (Amélia, Terapia Ocupacional, Portugal).

O ego e a vaidade, citado por alguns/as docentes, foi um ponto culminante na mudança do método, pois o professor ao sair do centro do processo de ensino-aprendizagem teve o domínio da aula diminuído. O aluno é instigado a estudar e a procurar em diversas fontes de pesquisa, sem um roteiro bibliográfico prévio, e ao voltar para o fechamento do problema, isto é, para a conclusão do caso, traz uma gama de informações que, muitas vezes, o professor não teve acesso. Dentro desse novo contexto, o professor tem que aprender a ser mais flexível e admitir suas fragilidades quanto ao conhecimento. Dentro dessa perspectiva, segundo Foucault (2012), o sistema educacional, seja ele qual for, é uma forma de manter ou modificar a adequação dos discursos com os conhecimentos e os poderes que acarretam.

Nunca me deu tanto trabalho e nunca tive que ler tanto constantemente, porque eles vão ler um artigo que eu ainda não li e vão saber mais do que eu. Tudo bem, é normal. Que assim seja, mas tenho que esperar que isso aconteça. Portanto eu tenho que estar a par do que está acontecendo. Há pessoas que são

muito agarradas e que não ficam à vontade com esse confronto quando os estudantes trazem uma verdade nova. E você precisa estar confortável com isso porque se não eles dizem: “mas está aqui no artigo, como o professor não sabe disso?” Eles nos confrontam muitas vezes. Um certo grau de humildade do professor é necessária. (Amélia, Terapia Ocupacional, Portugal).

Aparece o questionamento constante das relações de poder nessa metodologia, especialmente em virtude das novas tecnologias em que o acesso dos alunos a informação mais recente e atual é facilitado. Esse fato questiona a atuação do professor que precisa estar sempre atualizado para acompanhar o dinamismo dos alunos. Isso pode gerar uma **indefinição na relação professor-aluno**, pois tanto o professor se sente incomodado por ser questionado quanto ao seu conhecimento teórico, como o aluno passa a sentir um certo “prazer” no confronto, como relata o professor de Odontologia:

O professor muitas vezes quando questionado se sente ofendido, agredido, e o aluno, às vezes, também se sente numa condição de querer ensinar o professor, coisa que não é o papel dele. O aluno incorpora muito isso, vou lá mostrar pro cara. E isso cria uma relação de conflito que não é saudável pro processo de ensino-aprendizagem. As duas partes têm que se respeitar, afinal nós somos os professores. Temos que saber como lidar. Eu acho que isso não existe em Lagarto. Esse trabalho do ponto de vista relacional, psicológico, como é que tu tem que se comportar frente a esse aluno? (Moacir, Odontologia, Brasil)

Essa **metodologia questiona o papel tradicional do professor**, antes considerado como “dono do saber”, hoje sendo o saber compartilhado e horizontalizado. O modo como este modelo, outrossim, é orientado pelas diretrizes curriculares, os conteúdos, a interação professor-aluno, o objeto de estudo, a literatura da área, o perfil profissional que se deseja construir, a partir das questões que o professor e os alunos trazem, constroem as formas identitárias. Para isso, o docente cita, ser necessário um preparo do ponto de vista relacional, visto que, a vida de todos os seres movimenta-se constantemente através de diferentes práticas que os subjetivam de diversos modos. As relações entre verdade e poder estão presentes nos depoimentos de um modo particular: o saber instrumentaliza o poder, ou seja, ao se diminuir, de certa forma, os rumos da condução educacional, o professor fragiliza seu poder. E, por sua vez, o aluno converte o seu “dito” saber em instrumento do poder, criando um impasse do ponto de vista da relação professor-aluno. “O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso”. (FOUCAULT, 2012, P. 45).

O poder não é algo que algumas pessoas exercem sobre todo o corpo social. O poder é algo que todos exercem, visto que a sociedade é uma teia de distintas relações de poder e, portanto, não existe noção de subjetividade fora das relações de poder. É o poder que constitui

o sujeito. Para Foucault (2012) o poder não existe em si, o que existe são práticas de poder. Ele fala de micropoderes que se espalham pelas diversas instituições da vida social.

Logo, a reconstrução das identidades profissionais deveu-se a essência e a estrutura do método ativo, causando um repensar não apenas da prática docente, mas também de todo um saber que envolve a especialidade, a formação e também a visão de mundo do docente. “Então foi um processo bastante interessante de ressignificação do modelo de ensino e aprendizagem e eu passei a acreditar muito nesse método.” (Iara, Fonoaudiologia, Brasil).

Dubar (2005) defende a centralidade do trabalho na vida pessoal e reforça, que entre as múltiplas dimensões da identidade dos indivíduos, a dimensão profissional adquiriu uma grande importância. Sugere o termo “formas identitárias” e esclarece que não são “identidades pessoais” no sentido de designações singulares de si, mas construções compartilhadas com todos os que tem trajetórias subjetivas e homólogas, principalmente no campo profissional. O emprego condiciona a construção das identidades sociais, assim como as mudanças no mundo do trabalho obriga a transformações identitárias delicadas, e nesse sentido a formação intervém nas dinâmicas identitárias por muito tempo além do período escolar.

Vários campos do saber são acionados nessa empreitada por reconstruir-se profissionalmente e o sujeito se sente convidado a **olhar para o outro com mais compaixão, percebendo-o para além da doença**, repensando as práticas de saúde, assim como citado por Kauê: “Eu gosto muito de gente, de ser humano. Eu gosto de conhecer a história das pessoas. Eu acho que o método me favoreceu muito a enxergar o outro, esse olhar individualizado. Minha transição foi facilitada por isso”. (Educação em Saúde, Brasil). Ademais o **cuidado em saúde** se dá na inter-relação entre saberes instrumentais e saberes práticos orientados por racionalidades distintas e está vinculado a um tipo de saber advindo da práxis, ou da atividade prática, denominada de sabedoria prática, voltada para a realização de sujeitos e não objetos. (AYRES, 2012).

A minha mudança veio quando eu vi que os alunos se tornavam mais independentes, eles começaram a questionar mais, buscar mais informações e aquilo que eu dizia não era mais a coisa mais importante, eles passaram a me questionar. Eu sou uma pessoa vaidosa, achei que isso ia me incomodar muito. Mas eu percebi que minha vaidade são meus alunos. Vê-los desenvolvendo é demais. Então foi uma transição boa pra mim. Hoje não me vejo dando aula tradicional. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

A ideia da **independência**, contida na fala de Kauê, ou emancipação da humanidade a partir da educação, a necessidade de alçá-la a uma vida de racionalidade e moralidade, a produção de cidadãos esclarecidos e ‘senhores do próprio destino’, assim como preconiza os métodos ativos, remonta ao final do século XVIII, articulada pela filosofia iluminista e pela

Revolução Francesa. Essa bandeira, outrossim, foi levantada pela burguesia quando ainda fazia parte de uma classe, à época, “revolucionária”. Portanto, a pedagogia crítica, a universalização da escola, no século XVIII, foi patrocinada pela burguesia ascendente para contrapor-se aos interesses feudais. “A crença iluminista no poder libertador da razão” levou a classe burguesa a propor a ampliação da formação cultural para todos. (GARCIA, 2002). Transformar o homem e, através dele, a sociedade, foi a ideia revolucionária da burguesia nesses tempos. Mas logo que se consolidou no poder, ela passou a negar a formação cultural para o povo, deixando apenas a possibilidade do ensino profissional. Desta forma, a escola desviou-se de seus objetivos e fundamentos democráticos nos meandros obscuros da história, pela ação dessa mesma classe social que antes a tinha instituído com fins legítimos.

Transformar cada indivíduo singular em um homem racional e ativo; **humanizar** uma sociedade oprimida e explorada pela dominação político-econômica é um dos enunciados decorrentes nos discursos pedagógico-críticos, evidenciados nesta pesquisa. Essa tarefa significa ajudar os indivíduos a reencontrarem-se com seu destino histórico, sua natureza e vocação mais profunda. A educação crítica e progressista promete a emancipação da razão, o progresso moral e social e a libertação da humanidade das cadeias da ignorância e da opressão de classe. Em sua reflexão sobre a Pedagogia Crítica, Garcia (2002) menciona que alguns enunciados a sintetizam: produção do sujeito ou cidadão racional, reflexivo e autônomo; esclarecimento das consciências com as verdades propiciadas pela ciência; acesso a formas superiores de pensamento; redenção e a salvação de si mesmo e da humanidade pelo poder libertador da razão e da ação.

Portanto, constata-se, em regra geral, a partir da análise dos depoimentos dos/as docentes, que há uma reprodução desses discursos pedagógicos de redenção e salvação vinculadas ao método ativo, algo próximo ao ideal platônico, guardado os devidos exageros.

A identidade deve ser entendida como uma prática, e uma prática significativa que envolve sujeitos culturalmente inteligíveis como efeitos resultantes de um discurso amarrado por regras, e que se insere nos atos disseminados e corriqueiros da vida linguística. (BUTLER, 2003, p.43).

A Metodologia Ativa vai permitir que o docente e o discente, na dinâmica dos processos de ensino, reconstruam suas identidades, dando novos significados às suas práticas, ampliando questões teóricas, abordagens emergentes, visto que precisam saber lidar com imprevistos, com novas questões e buscar respaldo teórico. Dessa forma, vai acontecendo uma reconstrução das identidades profissionais, de ambos, pela experiência do uso do método.

5.3 - PERSPECTIVAS DOS/AS DOCENTES QUANTO À INTEGRAÇÃO DA ABORDAGEM GÊNERO/DIVERSIDADE COM A METODOLOGIA ATIVA.

Aqui dá-se ênfase especial a perspectiva de gênero na Metodologia Ativa. O trabalho e a formação em saúde refletem os valores e estereótipos da sociedade, decorrendo desse modo, os vieses da estratificação social de gênero nos serviços de saúde. Com isso, a análise de gênero por meio da Metodologia Ativa na formação para o trabalho em saúde pode revelar o fato de que os sistemas de saúde possivelmente refletem ou mesmo exacerbam muitas das desigualdades sociais (de gênero, classe, etnicidade/raça, idade/geração e orientação sexual) que deveriam procurar reduzir ou evitar, para não tornar mais dramáticas as vivências dos indivíduos e, mais especificamente, das mulheres e também daqueles sujeitos considerados socialmente excluídos ou “abjetos”. Acredita-se, assim como Foucault (2008), que os sistemas de educação constituem um importante espaço na construção do ser humano. Dessa forma, também se configuram para o exercício do poder e por meio deles estabelecem os saberes a serem apreendidos pela sociedade, delimitando papéis e discursos representados.

As respostas apresentadas pelos/as docentes percorreram um caminho que buscava compreender a relação entre a Metodologia Ativa e a abordagem de gênero/diversidade e foram concernentes a temas como: familiaridade docente com a temática de gênero; gênero como variável relevante para a saúde; inclusão da diversidade e da abordagem de gênero no conteúdo programático; leitura crítica sobre fatores mediadores de gênero; bem como as relações de poder entre os gêneros. O presente estudo apreende, pois, as percepções dos/as docentes a partir das suas experiências na formação superior em saúde mediada pela Metodologia Ativa numa perspectiva de gênero.

5.3.1 - Familiaridade docente com a temática de gênero

No atual momento histórico-cultural a inclusão da diversidade na agenda das políticas públicas de educação são necessárias, particularmente na formação permanente dos/as profissionais da saúde, visto que as questões de gênero, classe, raça/etnia, orientação sexual, idade/geração estão sempre presentes no cotidiano em todos os níveis da educação e do trabalho em saúde.

Vive-se num período de tumulto e transformações, no qual, em todo o mundo, as pessoas se definem, questionam, e redefinem seu sentido de identidade – nacional, étnica,

religiosa/espiritual, política, familiar/sexual e pessoal. Por muito tempo, mudanças radicais nos conceitos foram idealizadas e concebidas, levando-se em conta barreiras muito específicas. Assim, muitas pessoas também estão se libertando de velhas tiranias (que vão desde governos opressores até estereótipos de segregação). Até há pouco, considerava-se que as discussões sobre gênero se referiam exclusivamente a assuntos relacionados com as mulheres, ou seja, ao questionamento das definições fixas e restritivas da feminilidade.

Para tratar, portanto, sobre as questões referentes a integração entre Metodologia Ativa e gênero, optou-se por iniciar com uma sondagem sobre a familiaridade do docente quanto a temática de gênero. Constatou-se que a maioria dos/as docentes da UFS, bem como das IES de Portugal, participantes desta pesquisa, diz não ter familiaridade com a temática de gênero. Eles referem que já ouviram falar, mas parece algo ainda distante da realidade de alguns deles. Todos os/as docentes da UFS mencionaram o ‘ambulatório trans’¹⁰ como uma referência importante à discussão de gênero no campus, sendo possível observar que a iniciativa repercutiu positivamente no imaginário dos/as docentes.

Não tenho familiaridade. Assim de contato com paciente, não. Conheço porque tenho colegas que são gays. Na minha família mesmo, eu tenho muitos homossexuais que são casados há muitos anos. Então, é um assunto que me interessa. [...] eu acho muito difícil entender porque são muitas nomenclaturas. Cada um tem um jeito diferente. Cada um se enxerga de um jeito, como homem ou como mulher. Eu conversei com um professor, que tem um trabalho legal nesse sentido, o ambulatório trans, que já tá quase pronto pra ser aprovado mesmo pelo ministério da saúde. Eu achei bem legal, acho que é uma temática que a universidade tem a obrigação de abordar, até porque dentro da universidade tá existindo uma maior liberdade para as pessoas se expressarem. E a gente identifica que tem pessoas, alunos do próprio curso, que não se enquadram no padrão da sociedade, homem – mulher. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

Já ouvi falar. O assunto tá muito em discussão, né. Através das novelas. Não conheço ninguém nessa condição que eu lembre agora. Talvez já ouvi falar. Não perto de mim. Não, não conheço. Hoje no departamento a gente tem um projeto que é de trans. Junto com a fono, a gente faz a parte de avaliação clínica, banco de dados de avaliação nutricional de pessoas trans.” (Araci, Nutrição, Brasil).

Não tenho familiaridade. Tô começando a ler agora porque tô trabalhando na disciplina de PEC. Até na universidade criou-se um grupo, acho que é da fono. Essa política¹¹ foi implantada recentemente, aí eu tô começando a ler agora. Observou-se uma necessidade de reorganização das práticas e de mostrar aos alunos. Isso é novo não só na saúde, mas na educação também. As discussões

¹⁰ Projeto de extensão elaborado por docentes do curso de Fonoaudiologia do Campus de Lagarto que tem por objetivo auxiliar os indivíduos transgêneros em todo o processo de transexualização, garantindo a estes o acesso aos profissionais das diversas áreas da saúde que compõe o campus. Fazem parte do ambulatório: fonoaudiólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos, nutricionistas e odontólogos.

¹¹ Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

estão começando agora sobre grupos vulneráveis, não só com os trans, tudo que for relacionado a gênero. (Kayke, Enfermagem, Brasil).

A ausência de familiaridade com a discussão da diversidade de gênero tende a repercutir na formação do discente, pois mantém os professores reproduzindo estereótipos e papéis de gênero ao invés de desconstruí-los. Logo, esse fato constatado, pode significar lacunas na construção da identidade do profissional e levar a uma dificuldade na viabilização de uma escuta verdadeiramente qualificada no processo do cuidado em saúde.

Por exemplo, quando os sujeitos falam sobre grupos vulneráveis e reconhecem a necessidade de olhar para eles a fim de mudar práticas em saúde, remetem a noção do cuidado e da **escuta qualificada**. No entanto, só é possível escutar genuinamente o outro quando conseguimos reconhecê-lo na sua diferença. (SILVA, 2013). Isto significa que os profissionais de saúde utilizam recursos disponibilizados pela organização do trabalho, tais como protocolos, normas, instrumentos, orientações, mas também fazem uso de si, utilizam seus próprios recursos que não são necessariamente conhecimentos validados socialmente e que abrangem saberes, percepções, julgamentos e valores. Os chamados saberes/qualificações tácitas, diferente dos saberes formais, tem caráter individual e por isso não estão disponíveis nem para as instituições, nem para os profissionais, são, outrossim, resultado das trajetórias de vida dos/as trabalhadores/as, identificando-se, nesse processo, uma diferenciação nas formas de aquisição de experiências e saberes, nos processos de escolarização e de profissionalização decorrentes das relações de classe, gênero e raça.

Irani, apesar de não ter familiaridade com a temática, problematiza que há pessoas que não se identificam com o padrão homem-mulher, e por isso entende que a universidade tem a obrigação de abordar essa questão. A vertente pós-estruturalista, da qual apoiou-se esta pesquisa, permitiu problematizar o binarismo de gênero, de forma que “[...] a noção estável de gênero dá mostras de não mais servir como premissa básica da política feminista, talvez um novo tipo de política feminista seja agora desejável para contestar as próprias reificações de gênero” (BUTLER, 2003, p. 23), pois nessa constituição, corpos escapam, transgridem e denunciam a naturalidade, evidenciam a fabricação do que é posto como verdadeiro.

Vale citar que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, citada no relato do docente Kayke, foi instituída pela portaria 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e é considerada um marco histórico de reconhecimento das demandas dessa **população em condição de vulnerabilidade**. Estão sendo implantadas ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. É nesse contexto que se insere o ambulatório trans do campus de saúde de Lagarto, tendo como foco o

compromisso ético-político articulado para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia ao atendimento à saúde é uma prerrogativa de todo cidadão e cidadã brasileira, respeitando-se suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais. (BRASIL, 2013).

Assim como a Política Nacional de Saúde LGBT, o Ministério da Saúde e da Educação vem desenvolvendo algumas outras ações e instituindo algumas políticas¹² no sentido de minimizar os efeitos da **discriminação de gênero**. A questão da vulnerabilidade à violência vivida por essas pessoas que fogem a “norma”, a exemplo dos travestis, transexuais, homossexuais, entre outros, é tão pulsante que o Ministério da Saúde apoiado pelo Ministério da Educação tem desenvolvido diversas ações educativas financiadas pelo programa “Brasil Sem Homofobia”. E dentro dessa intenção, foi instituído o curso de formação destinado a professores e professoras, intitulado “Educando para a diversidade”. Meyer (2008) menciona ao analisar o referido curso, os limites e as possibilidades desta ação educativa na redução da vulnerabilidade à violência e à homofobia. Os principais resultados mostram um recorrente pânico moral, que se refere à ideia de contaminação e estimulação de uma sexualidade não hegemônica, acabando por colocar os próprios participantes do referido curso em uma situação de vulnerabilidade perante a escola, colegas de profissão e familiares.

Ademais, no Brasil, a violência por discriminação sexual mata em torno de 150 pessoas por ano. O país é o campeão mundial de assassinatos contra aqueles considerados das sexualidades não-hegemônicas, situação caracterizada como homofobia. (JUNQUEIRA, 2017). “Comportamentos homofóbicos variam desde a violência física da agressão e do assassinato até a violência simbólica, em que alguém considera lícito afirmar que não gostaria de ter um colega ou um aluno homossexual.” (MEYER, 2008, p.60).

Desta forma, nesse contexto homofóbico, transfóbico e também misógino encontrado na realidade brasileira, considera-se importante refletir sobre as condições da universidade e de sua relação com as políticas sociais que visam promover ações educativas para a inclusão da diversidade sexual. Ninguém nasce preconceituoso, se aprende a ser.

¹² Segundo Junqueira (2007, p. 65) as ações educacionais que promovem a equidade de gênero, a inclusão social e a constituição de uma cidadania para todos/as com o combate ao sexismo e à homofobia encontra respaldo nos seguintes documentos nacionais: 1) Constituição Federal (BRASIL, 1988); 2) Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9394/96 (BRASIL, 1996); 3) Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997); 4) Programa Nacional de Direitos Humanos II (BRASIL, 2002); 5) Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (BRASIL, 2003); 6) Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004); 7) Programa Brasil Sem Homofobia (BRASIL, 2004).

Os depoimentos apresentados pelos/as docentes demonstram uma preocupação quanto a temática gênero, não obstante se observa ainda, uma limitação em alguns relatos quanto ao entendimento sobre o tema. Os/as docentes passaram a vincular o tema gênero especialmente à transexualidade e homossexualidade como se fossem sinônimos, talvez por todo esse contexto de vulnerabilidade que hoje salta aos olhos de qualquer ser minimamente sensível. E essa sensibilização à temática, mais relevante ou menos, constatada em todos os/as docentes entrevistados/as deveu-se, em parte, a implementação do ambulatório trans no campus de Lagarto. No entanto, poucos mencionaram a discussão sobre a mulher e a questão da desigualdade de gênero.

A gente não trabalha esse tipo de coisa. Isso é trabalhado no primeiro ano e depois não volta a ser. No entanto, nós como filosofia de base da Terapia Ocupacional consideramos os indivíduos, suas crenças e atendemos a todos sem julgamento. Temos que aceitar as diferenças, percebermos os valores individuais e tentar não julgar. Trabalhamos com a tríade: pessoa, ambiente e tarefa. (Amélia, Terapia Ocupacional, Portugal).

Não tenho familiaridade. Há algumas unidades curriculares que abordam essa questão de uma forma mais geral, não especificamente, mas abordam [...] Na que eu estou, não. Isso pode conter por via dos aspectos sócio-antropológicos e talvez também da psicologia. (Maria, Enfermagem, Portugal).

Em Portugal, mesmo com uma experiência mais amadurecida no que tange a Metodologia Ativa a partir das diretrizes de Bolonha, o ensino superior em Saúde permanece em uma lógica pautada no **tecnicismo**, e com uma resistência muito grande dos profissionais em relação a diversidade. “Nós aqui na Escola não temos tradição de abordar essas questões de gênero”. (Angelina, Terapia Ocupacional, Portugal). Tratam a temática não de forma transversal como preconizam as políticas de gênero, mas sim dentro de disciplinas/módulos dos ciclos iniciais da formação, juntamente com a discussão sobre a ética profissional, por exemplo. Já no Brasil, especificamente no campus de Lagarto, a metodologia ainda que em um processo inicial, aparece com maior flexibilidade em temas como a diversidade, e está sendo gradativamente incorporada, apesar das fragilidades como se vê a seguir.

Pensar a formação em Saúde é pensar a construção da identidade profissional questionando-se em que medida a incorporação de gênero pode contribuir para a construção de um novo perfil profissional, mais humanizado e respeitando o direito à diversidade de gênero, mediado pelo modelo pedagógico da Metodologia Ativa. Ou seja, a Metodologia Ativa conduz em seu processo de ensino aprendizagem a legitimação de uma dada forma identitária correspondente aos princípios da área da saúde, um campo constituído majoritariamente por mulheres, bem como a deslegitimação de outras identidades possíveis. Tanto o gênero como a

educação são categorias chave para a compreensão do modo como vem se construindo a identidade profissional, pois elas interagem e se influenciam reciprocamente mediadas por contextos políticos, culturais, econômicos, sócio-históricos e por relações de poder.

5.3.2 - Gênero como variável relevante para a saúde

A introdução da dimensão de gênero no campo da saúde traz como produto a crítica sistemática à naturalização biologizante da diferença sexual. O que chama a atenção no contexto atual é uma quase unanimidade nas preocupações envolvendo a situação atual de aumento da desigualdade, violência, discriminação e de polarização no seio da sociedade.

Constata-se que a discussão de gênero, ainda que incipiente na realidade de alguns professores do campus de saúde de Lagarto, já começa a aparecer em algumas falas como uma preocupação pertinente às profissões da saúde, uma vez que: “gênero é importante pra qualidade de vida da pessoa, ela pode adoecer porque não é aceita dentro da sociedade”. (Irani, Fisioterapia, Brasil). Este relato está em consonância com o conceito de **qualidade de vida** para a OMS, que diz que saúde é a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A reflexão, a seguir, evidencia a relevância da variável gênero na saúde na percepção do docente:

Eu acho que gênero modifica tudo porque o gênero permeia todas as relações. Principalmente em relação a saúde o gênero traz um marcador divisório, eu acho isso. As mulheres não são atendidas em sua demanda real de acordo com seu contexto social, são ignoradas questões pessoais que a gente acha de menos importância. Por exemplo: tá com uma voz rouca porque foi enforcada pelo marido. A gente não pode trabalhar só a rouquidão e deixar a questão do enforcamento pra lá. Esse exemplo é bem grotesco, mas é o que acontece. Não só com mulheres, mas com homossexuais, travestis, transgêneros que não tem seu nome social respeitado, que negam os atendimentos porque os profissionais alegam não ter conhecimento pra atender aquela determinada população, pelos valores religiosos que permeiam muito esses atendimentos. Então quando a gente discute gênero e discute o “Poder do Macho”, eu ouço muitos relatos de alunas que já sofreram abuso sexual na infância. Isso é muito pesado. Eu me sinto muito feliz desses relatos chegarem até mim, mas é uma angústia absurda. Essas foram as poucas que conseguiram, mas e as outras. O que fazer com essa realidade. Então é bem difícil. Pra você ver como essa questão da saúde e de gênero é ignorada, não tem espaço para elas falarem sobre isso. Se foi abusada e é evangélica, foi abusada porque tava com um shortinho. Essa questão da moral, do comportamento, da vestimenta [...] O que é adequado e o que não é adequado? Os professores universitários não estão preparados pra discutir isso. O preconceito permeia. (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

O docente trouxe em sua fala distintas questões de gênero relacionadas diretamente com a saúde: a violência física contra as mulheres, a discriminação no atendimento a pessoas homossexuais, travestis e transgênero, a violência sexual na infância e o preconceito no contexto do ensino superior em saúde. Segundo Raoni os professores não estão preparados para discutirem sobre essas temáticas, ignoram a questão da violência e sua relação com a saúde, costumam naturalizar como questões normais da sociedade e não como um problema de saúde. Deixa claro que o discurso religioso permeia muitas vezes as práticas docentes ainda que dentro de uma sociedade dita laica. Evidencia-se a necessidade de despatriarcalizar as relações sociais através da educação, visto que a partir dela novas mentalidades são construídas, e dessa forma, seria oportunizado povoar o campo de trabalho em saúde com profissionais realmente preparados para atuarem valorizando o outro/paciente não somente nos aspectos físicos/objetivos, mas, também afetivos/subjetivos.

A formação, em regra, é ainda muito clássica e tecnicista, sendo necessário capacitação dos docentes, em primeira instância, para que eles entendam a importância de inserir a discussão sobre diversidade no processo de saúde. Portanto, os formadores precisam ser também formados para haver uma ampliação dessa discussão teórica que está se incorporando na área de saúde.

Os núcleos de estudo de gênero têm, portanto, um papel importante dentro das universidades nessa discussão, visto que foram criados para legitimar e produzir conhecimento sobre essas temáticas. Há um vínculo estreito entre gênero e às questões do cuidado em saúde e, dessa forma, não se pode falar em políticas de saúde e esquecer de considerar o gênero.

A produção do cuidado vai depender dos atos produzidos pelos trabalhadores de saúde que pode ser ou não “cuidador”, no sentido explícito da palavra. Ou seja, o significado de ser “cuidador” diz respeito àquele profissional que se preocupa com o outro, com a relação humana, valorizando suas demandas mais internas e não reduzindo seus procedimentos com um fim em si mesmo. Para que atendam às necessidades de saúde dos pacientes e ocorra em defesa e produção da vida, devem estar associados a um **comprometimento ético-político**, orientados por uma lógica centrada no paciente. (MERHY, 2002). Esse é um grande desafio a ser enfrentado no processo de formação em saúde.

Com a atribuição de gênero dada a cada indivíduo logo ao nascimento pelas instituições sociais e família, um conjunto de expectativas é transmitido quanto ao papel tradicional da mulher e/ou do homem na família e no trabalho. Algumas pessoas vivem em paz com o gênero que lhes foi atribuído, mas outras sofrem dificuldades com essa atribuição de características e

papeis, pois, a percepção que tem de si próprias difere daquelas atribuições sociais que lhes foram dadas e, portanto, não conseguem atender as expectativas. Para essas pessoas é uma necessidade urgente criar as condições para uma vida possível de viver. Butler (2017) reitera a importância das instituições sociais, incluindo as religiosas, escolas, serviços sociais e psicológicos, no apoio a essas pessoas em seu processo de descobrir como viver melhor com seu corpo e seus desejos, para moldar suas vidas de maneira que sejam mais vivíveis e plenamente aceitas. Nessa lógica, a **universidade tem um papel social** premente nessa discussão e, desta forma, os professores universitários precisam estar preparados para abordarem e problematizarem sobre a temática nos diferentes espaços de aprendizagem.

[...] políticas públicas precisam ser trabalhadas para uma maior inclusão de todas as minorias que são desprotegidas e que não são vistas como pessoas que tenham capacidade. Infelizmente, a mulher negra e o homossexual são extremamente discriminados e sofrem muita violência. A gente vê que tem muitos crimes homofóbicos. Eles chegam até nós. Então a gente precisa sim se apropriar disso e defender essas minorias. Na minha pesquisa agora eu já tô perguntando qual o gênero que você quer se autodenominar. São coisas que vão se movimentando e você vai vendo e você concorda e vai vendo isso como uma prioridade. (Iara, Fonoaudiologia, Brasil).

O depoimento permite inferir uma preocupação quanto à necessidade de transformar-se sempre enquanto docente, sendo flexível e antenado às questões sociais. A docente da Fonoaudiologia relata que na elaboração dos seus protocolos clínicos de pesquisa e tratamento destinado ao paciente já demonstra o cuidado e respeito quanto à questão de gênero e refere que a função de professor pressupõe acompanhar o fluxo, deixar-se envolver com o novo, para segundo ela, modificar as prioridades.

Iara alerta, também, no seu relato, sobre a discriminação sofrida pela mulher negra na sociedade, o que mostra a importância da perspectiva interseccional na formação em saúde. A interseccionalidade pretende examinar como as várias categorias (social e culturalmente construídas) interagem a múltiplos níveis para se manifestarem em termos de desigualdade social. Acredita-se que os modelos clássicos de compreensão dos fenômenos de opressão dentro da sociedade, como os mais comuns baseados no sexo/gênero, na raça/etnicidade, na classe, na religião, na nacionalidade, na orientação sexual ou na deficiência não agem de forma independente uns dos outros; pelo contrário, essas formas de opressão interrelacionam-se criando um sistema de opressão que reflete a intersecção de múltiplas formas de discriminação. (OLIVEIRA & NOGUEIRA, 2010). Por meio da interseccionalidade busca se verificar “as formas como as políticas específicas geram opressões que se constroem ao longo de eixos de análise (raça, etnia, classe e outras). ” (CRENSHAW, 2002, p. 177). A autora diz que a

interseccionalidade sustenta que não há experiência singular de identidade. Ao invés de compreender a saúde apenas pelo prisma do sexo do homem/mulher ou do gênero, é necessário considerar outras categorias sociais para ter uma compreensão mais ampla da gama de preocupação com a saúde. A teoria da interseccionalidade também sugere que formas e manifestações de opressão aparentemente descritas são moldadas por uma outra (mutuamente constitutiva). Sustenta-se que “mulher” não é uma categoria homogênea.

Como eu trabalho com saúde pública, eu vejo que o grupo mais vulnerável não tem acesso e não tem preparo dos profissionais para atender essa demanda. Então, tanto na educação a gente tá tentando garantir o ensino a alguns alunos, como também na saúde, na formação desses profissionais, pra garantir o preparo pra essa demanda social. Com certeza é relevante estudar essa questão. (Kayke, Enfermagem, Brasil).

A **dificuldade no acesso**, por exemplo, de pessoas **transgêneros** ao sistema público de saúde, conforme relato do docente, é uma questão importante de ser discutida com os futuros profissionais de saúde, visto que o SUS tem princípios que norteiam sua prática e que devem ser garantidos.

O SUS é uma conquista da reforma sanitária junto a Constituição Federal Brasileira de 1988. E sua criação, pela Lei nº 8.080, conferiu legitimidade aos princípios de: a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; b) integralidade da assistência (compreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigida para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema); c) equidade na disponibilização de recursos e serviços (de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais precisam); d) participação social como direito e dever (a sociedade é chamada a participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular, cabendo ao poder público garantir condições para a participação); e) descentralização (processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios em atendimento às determinações constitucionais e legais, estabelecendo-se atribuições comuns e competências específicas para a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios); f) divulgação de informação (quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário); g) igualdade da assistência à saúde (sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie); h) participação da população (BRASIL, 1990). Portanto, qualquer discriminação e dificuldade no acesso aos serviços de saúde fogem aos princípios desse sistema.

Com relação aos/as docentes de Portugal, seus depoimentos demonstram um distanciamento ainda maior do que o percebido no Brasil, no entendimento quanto à relevância da variável gênero na saúde, quando cita, por exemplo, que “Em termos de saúde nunca pensei

nisso, mas me parece que não seja muito relevante em Portugal. Eu não sinto a questão de gênero”. (Maria, Enfermagem, Portugal). Da mesma forma, a professora Angelina da Terapia Ocupacional menciona que não tem essa preocupação com as questões de gênero, “não é algo do que se fala”.

O gênero e outras coisas, eu acho que ainda não é uma coisa premente na sociedade porque nós temos poucas situações. Aceita-se, já se começa a aceitar que exista a homossexualidade. Isso começa a ser aceitável. Já não se lida tão bem com a transexualidade, por exemplo. (Amélia, Terapia ocupacional, Portugal).

Percebe-se uma dificuldade na compreensão e vinculação da temática de gênero com a saúde na realidade dos/as docentes portugueses/as. Constatou-se que os mesmos, a partir dos relatos, mantém uma percepção de saúde distanciada do contexto geral, como se a formação do profissional de saúde devesse centrar-se no **conhecimento técnico e especializado**, negligenciando, com isso, as outras dimensões da vida.

Segundo Almeida (2010) a experiência de uma longa ditadura manteve Portugal, em larga medida, afastado das transformações sociais e legais experimentadas pelos países centrais na consolidação de mudanças significativas nas relações de gênero e na aceitação da homossexualidade, por exemplo. O período democrático padeceu da desatenção das elites políticas em relação às questões LGBT, que só surgiram no espaço público a partir da adesão do país à União Europeia e da pandemia da AIDS, em que o movimento associativista homossexual ganha consistência, visibilidade e respeitabilidade. As questões LGBT só se tornaram visíveis em Portugal a partir dos anos 1990 graças ao crescimento do movimento social que rapidamente aderiu à agenda internacional do século XXI, centrada já não só na auto-aceitação, na construção de comunidade, no reconhecimento identitário ou na denúncia de situações de homofobia, mas também na pedagogia anti-homofóbica e sobretudo na exigência da igualdade de direitos, nomeadamente no que à conjugalidade e família diz respeito. O acompanhamento deste processo pela legislação, pelas instâncias políticas e até pela academia foi equivocado, segundo o autor, e, por vezes contraditório, tendo estado ausente uma política de fundo, de princípio, de abolição de todas as discriminações. Não obstante, em janeiro de 2010, foi aprovado, na Assembleia da República, o Projeto de Lei do Partido Socialista que veio consagrar a igualdade de acesso ao casamento civil para casais de pessoas do mesmo sexo (embora separando a conjugalidade da parentalidade e mantendo, assim, a diferenciação entre casais hetero e homossexuais no que diz respeito ao acesso à adoção).

Nessa mesma linha de análise, vale citar que as mulheres portuguesas não demonstraram, nesta pesquisa, preocupação com as questões de gênero no ensino em saúde.

Mesmo diante de uma realidade preocupante quanto à situação da mulher na sociedade portuguesa, visto que o país, segundo o Índice de Igualdade de Gênero – 2015, é o terceiro país mais desigual da União Europeia.

Conforme Macedo e Santos (2009), a partir do final dos anos 1980 em Portugal, o número de ingressantes do sexo feminino nas universidades é superior ao número de ingressantes do sexo masculino. Em 1986, foram 1.232 mulheres a mais do que homens; essa diferença aumentou para 24.165, em 2016. São números significativos e que demonstram o nível de qualificação educacional que cada vez mais mulheres estão conseguindo obter. Apesar disso, o que se verifica no mercado de trabalho é uma inversão nesses dados. Consideram que as mulheres no mercado de trabalho são vistas como algo considerado ‘não natural’, principalmente no que diz respeito aos postos de comando, ou seja, mesmo tendo a qualificação necessária, são geralmente preteridas a ocupar cargos de chefia.

Na concepção do docente a seguir, o gênero só merece atenção, de fato, se a questão estiver relacionada diretamente e especificamente com a profissão e com ações de saúde que exijam serviços técnicos da área.

[...] se o paciente sofrer lesões que justifiquem a intervenção da Terapia Ocupacional [...] não por ter sido uma violência doméstica, ou algo assim, podemos até entrar nessa questão, porque do ponto de vista da ciência ocupacional isso levanta muitas necessidades de intervenção que poderiam justificar a ação do terapeuta ocupacional, mas não são áreas muito tradicionais. A não ser que na sequência de uma violência doméstica, ou seja, uma agressão a uma pessoa homossexual ou transgênero, seja o que for, surja uma lesão que condicione sua participação. Por exemplo, ficou com uma lesão neurológica, um traumatismo craniano [...] entra como qualquer outro cliente. (João, Terapia Ocupacional, Portugal)

Evidencia-se um **discurso biológico** na narrativa do professor português, esclarecendo a objetivação na relação dos profissionais de saúde. Essa objetivação leva a percepção do outro como “coisa”, onde o foco da atenção é a doença e não a pessoa como um todo, o que pode se transformar em obstáculos para a interação ou comunicação entre o profissional de saúde e os usuários que procuram seus serviços, limitando a real identificação de suas necessidades. Não se trata de minimizar a importância do conhecimento técnico-científico das profissões, mas de compreender o seu uso e sua primazia nas relações que os profissionais estabelecem com os pacientes, pois a medida que a saúde priorizou a busca por conhecer os mecanismos produtores da doença distanciou-se da relação com os seres humanos em sofrimento. (SILVA, 2013). O objeto de trabalho em saúde pode ser considerado a intervenção sobre um corpo, mas, em uma concepção ampliada, é a produção do cuidado e, nesse sentido, o paciente dotado de um corpo deixa de ser um objeto e passa a ser um protagonista relevante na produção do cuidado.

5.3.3 - Inclusão da diversidade e da abordagem de gênero no conteúdo programático

Os/as docentes relataram que até o momento não inseriram diretamente a temática de gênero nos conteúdos programáticos das suas disciplinas, apesar de muitos deles, especialmente os/as brasileiros/as, compreenderem a necessidade dessa discussão. Esse fato coaduna com a constatação da ausência de familiaridade docente com a referida temática citada em tópicos anteriores deste capítulo. Portanto, sem familiaridade não há como ocorrer a inserção. No entanto, a questão é trazida dentro de contextos específicos vinculados à saúde, como por exemplo no caso do professor de Enfermagem, que na perspectiva da vigilância à saúde, aborda temas como aborto e violência contra a mulher. O docente reiterou que esse tipo de violência foi inserido na lista de agravos de notificação compulsória do Ministério da Saúde e precisa ser discutida até para superar a subnotificação.

Vou começar a abordar agora com a política pública de saúde. Não tinha abordado até então. Abordo violência contra mulher, aborto, como temas transversais na perspectiva da vigilância à saúde. Inclusive é de notificação compulsória. Na residência eu dou um módulo de notificação de violência contra a mulher. A portaria do Ministério da Saúde colocou como de notificação compulsória no Sistema Nacional de Notificação desde 2006 ou 2008 aproximadamente qualquer forma de violência. Dentro do item violência tem lá os subitens: violência à mulher, violência ao idoso. Eu trabalho com os alunos pra verificar se os municípios estão notificando. Peço pra eles observarem no DataSus: violência sexual contra a mulher. E a gente observa que o município não notifica. Isso nos chamou atenção quando uma aluna da residência estava numa comunidade muito vulnerável socialmente e se deparou com uma criança de 12 anos de idade que foi violentada e ninguém sabia como proceder. E aí a gente viu a necessidade de discutir isso na residência e agora na graduação. (Kayke, Enfermagem, Brasil).

A partir do relato do professor de Enfermagem, percebe-se que o **vínculo com a prática nas comunidades** suscitou a inserção da temática na graduação. Os alunos vão ao campo, observam a realidade, elaboram hipóteses e vão em busca da fundamentação teórica para solucionar o problema real, estratégia implícita na teoria da ‘problematização’ de Paulo Freire. Percebe-se que a multiplicidade de cenários de aprendizado e a utilização de situações diretamente ligadas à realidade em que se insere aproxima a universidade da comunidade e permite uma melhor compreensão dos aspectos sociais por parte do profissional formado nesta realidade. Nesse caso, a violência apareceu como temática no campo e foi inserida no contexto das discussões.

A **violência de gênero** é, ainda hoje, tanto na realidade brasileira quanto portuguesa, um grande flagelo social, um atentado aos direitos humanos e um problema de saúde pública. Na percepção de Iara “A gente vivencia isso todos os dias. Eu tô no estágio e a mulher que vem

lá se queixa que tá com uma fratura porque o marido bateu. [...]a gente vivencia a violência no nosso cotidiano”. (Fonoaudiologia, Brasil). Tratada como algo “normal”, a violência é, pois, justificada por uma vertente cultural e neste ponto, sempre esteve presente em qualquer coletividade, pois a luta pelo poder é o fundamento de qualquer relação social. Isso constitui mais um forte elemento para corroborar a afirmação de que a violência de gênero é estrutural e cultural. “[...] culturalmente ainda há aqui uma certa normalização. Faz apenas pouco mais de 40 anos. É assim mesmo. A mudança exige tempo”. (Maria, Enfermagem, Portugal).

O ano passado, a quantidade de crimes por violência doméstica foi elevadíssimo.[...] questão cultural. Isto vai demorar algum tempo até melhorar porque no fundo o 25 de abril, a revolução que existiu em Portugal há 40 anos, em 74, ainda há muitos resquícios de uma cultura de que foi durante muitos anos. O homem manda e a esposa obedece, o homem pode bater na mulher [...]um registro de muitos anos. (Amélia, Terapia Ocupacional, Portugal).

As relações patriarcais contribuem para que essa violência, citada pela Amélia, seja reproduzida. Observa-se nas falas das portuguesas, participantes desta pesquisa, que a Revolução dos Cravos¹³, em 25 de abril de 1974, não trouxe efetiva mudança nas relações sociais entre os gêneros, ainda que tenha significado um marco para a população portuguesa. As falas relatam que as expectativas acerca das transformações não se refletiram na prática e argumentam que este fato se justifica por ser esta uma história recente: “Estamos apenas 40 anos depois. É preciso dar tempo. Não estou a dizer que não há preconceito, mas também não podemos querer ganhar o campeonato da Europa de um ano para o outro”. (Teobaldo, Medicina, Portugal). O docente clama, na sua fala, pela necessidade de calma, como se os séculos de sofrimento vividos pela mulher não fossem suficientes e não requeressem imediata mudança. Coloca como marco a Revolução dos Cravos e omite da sua compreensão a história passada.

No século XIX, o movimento feminista encontrou eco na emergente sociedade liberal europeia. Todavia, o movimento emancipacionista das mulheres estava associado às contradições que permeavam a sociedade liberal da época, onde as leis em vigor formalizavam juridicamente as combatidas diferenças entre os sexos masculino e feminino (CANCIAN, 2013). Apesar do Estado Novo¹⁴ em Portugal estabelecer na educação modelos de homens e mulheres¹⁵, na sociedade houve a eclosão de movimentos feministas que iam de encontro a

¹³ A Revolução dos Cravos foi o movimento que derrubou o regime salazarista em Portugal, em 1974, de forma a estabelecer as liberdades democráticas promovendo transformações sociais no país. (TAVARES, 2000).

¹⁴ Governo ditatorial com características totalitárias (1926-1974) em Portugal, cujo principal governante foi António de Oliveira Salazar, período conhecido como ‘salazarismo’.

¹⁵ A exemplo da criação da Mocidade Portuguesa em 1936 para meninos e, no ano seguinte, a Mocidade Portuguesa Feminina.

essas concepções. Uma das afirmações nesse modelo seria a de que a mulher trabalhar fora de casa seria ‘desagregador’ para a família. No início dos anos 60, inicia-se um movimento de resistência das mulheres que coincidiu com uma situação de ruptura com concepções do Estado Novo, relacionado ao feminismo contemporâneo (segunda onda do movimento feminista), a partir da investigação sobre as origens e causas da posição subordinada das mulheres na sociedade (BALLARIN *et al.* 2005).

Segundo Tavares (2000), essa concepção do Estado Novo sobre as mulheres era alimentada também pelas características do desenvolvimento econômico em Portugal, dependente especialmente dos ingleses e com grande atraso industrial, o que dificultava ainda mais a observância da mão-de-obra feminina. A exploração e autoritarismo causados pelo regime, acrescido da guerra colonial e consequente crise financeira e surto emigratório, agrava as contradições e mobiliza grande parte da população portuguesa, acentuando-se a revolta no país, o que culminou com o colapso do regime e processo revolucionário do dia 25 de abril de 1974.

A Revolução dos Cravos, nesse sentido, favoreceu condições para a participação de milhares de mulheres nas lutas por direitos sociais, políticos e econômicos e significou uma abertura de portas, com as mulheres enfim tomando a palavra e se fazendo ouvir (TAVARES, 2000). Na sequência, o pós-25 de abril consistiu numa explosão social e grande articulação entre as mulheres em várias áreas, fortalecidas pelo vínculo fomentado pelas associações de mulheres, considerado como espaços de afirmação e valorização delas próprias. Na efervescência desse processo, em 2 de abril de 1976 foi promulgada a Constituição da República de Portugal, que estabelece enfim a igualdade de direitos entre homens e mulheres e o reconhecimento, outrossim, de um novo estatuto na sociedade, no trabalho e na família.

No caso brasileiro, o movimento feminista apenas se consolidou na condição de um movimento de massa em meados da década de 1970, no contexto da luta contra o regime militar (1964-1985)¹⁶ (MACAULEY, 2006). Logo no início da ditadura no Brasil, houve a proibição das formas de organização coletiva contrárias ao governo militar, no entanto, com o recrudescimento da censura e repressão a partir de 1968, as formas de resistência passaram a se constituir, cada vez mais, no clima de clandestinidade. Nesse sentido, o primórdio de um movimento feminista brasileiro vai surgindo como uma forma das mulheres se posicionarem contra o regime em questão (SAFA, 1990). Nesse contexto, o autoritarismo praticado pelo

¹⁶ Regime que se instaurou no país a partir de um golpe de estado apoiado pelos setores dominantes e pela política externa dos Estados Unidos (Safa 1990).

Estado dava pouca possibilidade para que outras pautas, as quais diziam respeito especificamente às demandas das mulheres, viessem à tona.

Vale mencionar que no Brasil, com o fim da ditadura militar em 1985, dois importantes passos foram dados: a fundação das Delegacias de Defesa da Mulher e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). A primeira, é considerada uma importante política adotada no combate a violência praticada por homens contra mulheres; a segunda, com a finalidade de pôr em prática políticas orientadas à militância feminista (CALDEIRA, 1998). Vê-se, portanto, nos dois países em questão, uma evidência de que no contexto das ditaduras, houve de um lado uma tentativa de supressão dos movimentos feministas. Apesar disso, observou-se a eclosão da insatisfação e consequente articulação de movimentos revolucionários, tendo as mulheres um papel de protagonista em muitos deles.

Tanto no Brasil quanto em Portugal a legislação já apresenta amparo as vítimas de violência doméstica. Tem-se no Brasil a Lei Maria da Penha, promulgada em agosto de 2006, dispositivo legal que visa aumentar o rigor das punições sobre crimes domésticos. A Lei altera o Código Penal, com a introdução do parágrafo 9, do artigo 129, que possibilita que agressores de mulheres em âmbito doméstico ou familiar sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada. Em Portugal, nessa mesma lógica, a Lei nº 112/2009 de 16 de setembro, estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica e a proteção e assistência das suas vítimas. Em ambos os países tais legislações de amparo e proteção às vítimas de violência doméstica são ainda bastante jovens e, portanto, não foi suficiente para alterar uma prática arraigada na cultura dos países em questão.

Com a violência de gênero ainda constatada como uma realidade social dos dois países estudados, levando a vítima de violência à morte ou às sequelas físicas e emocionais, considera-se esse um problema de saúde pública e, portanto, a universidade tem um papel social nessas discussões. E ainda assim relata Teobaldo da Medicina de Portugal:

Com certeza que Portugal tem violência doméstica e que os alunos vivenciam a consequência disso na prática clínica. Com certeza que os alunos também percebem que o acesso deles na carreira profissional, dentro do hospital, não é igual, isso é inevitável. Eventualmente vai haver aí um caminho de gênero. O que não vejo é a necessidade de deslocar isso para a disciplina.

Portanto, mesmo diante da evidência de todos esses fatos sociais de violência e assimetrias de gênero na profissão da Medicina, o docente não entende a necessidade de inserir esse conteúdo nas unidades curriculares.

O professor João menciona também que não há uma inserção direta dessa temática nos conteúdos das unidades curriculares, e sim uma diluição dessa discussão a partir do trabalho com as atitudes:

As atitudes vão sendo trabalhadas não de uma forma tão explícita, mas vão sendo trabalhadas nas sessões tutoriais que é onde se trabalham às questões das atitudes. Por exemplo o respeito pela diferença de opinião independente do aluno ser do sexo masculino ou feminino ou transexual. Por acaso temos um aluno transexual. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

Em síntese, para os/as docentes portugueses/as, como a questão de gênero não é premente, não há necessidade de atenção específica à essa temática, basta se considerar e respeitar as diferenças existentes no seio da sociedade, garantida pelas unidades curriculares do módulo inicial e pela valorização das **atitudes** no processo de ensino aprendizagem. A presença de um aluno trans no curso de Terapia Ocupacional notadamente deveria fomentar a reflexão e revisão das suas práticas, no entanto, o docente limita-se a perceber sua existência, sem necessariamente problematizá-la e aproveitá-la para inserir a realidade de saúde dessa população.

A fim de fundamentar os motivos e necessidades de se discutir gênero nos mais variados contextos, a filósofa Judith Butler (2017), em resposta a agressão sofrida na ocasião de sua vinda ao Brasil para participar de um evento sobre os fins da democracia, define gênero e também a famigerada “ideologia de gênero” para o jornal Folha de São Paulo. Menciona no percurso de seu texto os porquês da necessidade de falar sobre isso: 1. Mulheres que não são suficientemente subservientes pagam por isso com a própria vida. A cada duas horas uma mulher é assassinada no Brasil; 2. Mães perdem seus filhos se eles saírem do armário e pessoas perdem seus empregos e a relação com seus familiares pela mesma razão; 3. Pessoas que não se enquadram nas normas de gênero e nas expectativas heterossexuais são assediadas, agredidas e assassinadas; 4. Pessoas transgêneros e travestis que desejam apenas a liberdade de movimentar-se no mundo sofrem ataques físicos e morrem; 5. O sofrimento social e psicológico decorrente do ostracismo e condenação social é enorme; 6. Dandara dos Santos, travesti, foi morta em Fortaleza.

Butler (2017) esclarece que a teoria da performatividade de gênero busca entender a formação de gênero e subsidiar a ideia de que a expressão de gênero é um direito e uma liberdade fundamentais. Não é uma “ideologia”. Em geral, uma ideologia é entendida como um ponto de vista que é tanto ilusório quanto dogmático, algo que “tomou conta” do pensamento das pessoas de uma maneira acrítica. A autora questiona o tipo de premissa que as pessoas

adotam como certas em seu cotidiano, e as premissas que os serviços médicos e sociais adotam em relação ao que deve ser visto como uma família ou considerado uma vida patológica ou anormal. Refere que famílias *queers* e travestis adotam outras formas de convívio íntimo, afinidade e apoio, bem como mães solteiras têm laços de afinidade diferentes. A mesma coisa se dá com famílias mistas, nas quais as pessoas se casam novamente ou se juntam com famílias, criando amálgamas muito diferentes daqueles vistos em estruturas familiares tradicionais. Lembra ainda que a família é também uma formação histórica: sua estrutura e seu significado mudam ao longo do tempo e do espaço. E nesse ponto, a concepção de família encontra também vinculação direta com a saúde, visto que “família” é o núcleo central da atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo que procura reorganizar a Atenção Básica.

Portanto, entende-se que os educadores e educadoras tem o papel de intervir nessa realidade de discriminação e violência, trazendo para a sala de aula a discussão sobre o respeito às diferenças, e, desta forma, contribuindo para a **formação política do aluno**. No entanto, é necessário especificar de qual tipo de violência e discriminação está se tratando, pois, a pulverização e amenização dessa discussão não aproxima o corpo discente da temática, pelo contrário mantém o “véu” que encobre toda essa prática. Faz-se necessário tirar os “véus”, falando claramente e sem subterfúgios sobre as questões de gênero na academia.

Constata-se que muitos dos/as docentes das diversas áreas da saúde, especialmente os/as portugueses/as que fizeram parte deste estudo, não dão a respectiva relevância ao trabalho com temas específicos voltados para as questões de gênero. Nos seus depoimentos, mencionam reiteradamente a **ausência de relação da ação profissional em si com a temática de gênero**, não entendendo como necessário trazer para a sala de aula uma realidade vivida na sociedade. “Não acho que gênero seja algo pulsante”. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

Entretanto, ainda que em pequena escala, a discussão sobre os direitos da mulher, dentro de um contexto específico da Fisioterapia, no módulo “Saúde da Mulher”, parece favorecer o empoderamento feminino e tornar viável uma provável multiplicação dessa perspectiva tanto na realidade do trabalho como também em um contexto pessoal. O termo “empoderamento” tem sido muito utilizado no movimento feminista e é justificado pelo debate teórico acerca do tema e por ser meta, dessa luta, a busca por converter a mulher em agente ativo na intenção de impulsionar mudanças na cultura, em particular, e no imaginário social sobre a relação das mulheres no poder. O termo tem sido um dos eixos do discurso feminista e seu conceito tende a substituir termos como: integração, participação, autonomia, identidade, desenvolvimento e

planejamento. Ele vislumbra uma alteração radical dos processos e estruturas que reproduzem a posição de subordinação das mulheres. (LEON, 1997).

Por exemplo, no módulo saúde da mulher, eu até peço ajuda de como a gente pode fazer. A gente tem como fazer esses links. A gente tá falando sobre gravidez, então vamos falar um pouco sobre aborto. Falar da questão de discutir o que é ser mulher hoje em dia. A mulher engravidou com 16 anos, ela não quer ter filho. E aí essa mulher tem esse direito? Tem direito de fazer aborto? Então é uma temática que puxa. Se a gente tá falando da Fisioterapia na gestação então não é só falar da reabilitação, não é só diminuindo a dor lombar dela, não é só trabalhando o assoalho pélvico. Não é só desse jeito. Mas é também pensando: essa mulher realmente quer ter filho? Como a gente pode atuar? Como a gente pode ajudar essa mulher? Acho que tem como a gente fazer essa relação. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

Percebe-se um cuidado da docente da Fisioterapia com questões além da técnica e do orgânico no seu trabalho com mulheres gestantes. Entende-se que essa iniciativa deveria se expandir para outros espaços e contextos da Fisioterapia e de todas as outras áreas da saúde, visto que (SILVA, 2013) o cuidado em saúde é um campo que não se restringe a dimensão profissional e/ou formal, se estende à família e/ou relações sociais de quem precisa de cuidados. As intencionalidades que orientam as práticas dos sujeitos, profissional ou não, podem estar mais vinculadas aos afetos e sentimentos do que a razão.

Nesse contexto, a educação tem sido identificada, por Leon (1987), como uma área institucional em que as mulheres podem explorar ideias de mudança, constituindo-se numa poderosa ferramenta de transformação social. No entanto, a educação em si mesma tende a ser vaga e sujeita a múltiplas limitações vinculadas à natureza onipresente da desigualdade de gênero. A educação formal traz elementos cruciais que antecedem o empoderamento e podem contribuir para a melhora da identidade de gênero, por exemplo: eliminando os estereótipos sexuais em seus textos; promovendo identidades de gênero positivas por meio do currículo; formando docentes com sensibilidade de gênero e viabilizando um serviço de orientação e assessoria não sexista. Todos esses elementos preparam o terreno, mas não são ainda o empoderamento em si mesmo.

Quatro elementos parecem indispensáveis aos programas de capacitação tendo em vista o empoderamento feminino: 1. O conteúdo do programa deve promover uma compreensão crítica de como as condições materiais e a ideologia moldam os papéis produtivos e reprodutivos das mulheres para criar arbitrariamente noções dicotômicas de masculinidade e feminilidade; 2. O desenvolvimento de uma leitura crítica do mundo que as rodeiam; 3. O desenvolvimento de habilidades que lhes permitam resistir ao poder da cultura industrial da publicidade e, dessa forma, desmistificar seu entorno para observar como está sendo construído

e como ele opera; 4. O conteúdo educativo deve também apresentar uma visão de uma nova sociedade. (LEON, 1997). Os referidos elementos, citados pela autora, devem ser incorporados nas universidades de uma forma transdisciplinar, e nesse sentido, vê-se na Metodologia Ativa, um ambiente extremamente propício para sua efetivação.

Constatou-se, relatos de docentes que mencionam ser uma tendência da área da saúde o foco nas questões técnicas vinculadas ao processo de adoecimento em detrimento de todas as demandas sociais. No entanto, o campus de saúde de Lagarto, bem como o método utilizado no seu processo de ensino aprendizagem, orientam para a **vinculação constante com o contexto social**. Essa perspectiva favorece o acolhimento, a escuta e o encaminhamento das demandas apresentadas por usuários das políticas de saúde, além de possibilitar a percepção sobre as diferenças de gênero.

É meta que sempre tenha conteúdos sociais nos nossos problemas. Alguns tutores tentam fugir disso, deixar os conteúdos bem biológicos, uma tendência da área da saúde, mas em regra a gente consegue. O campus foi construído pra eliminar isso, esse foco na doença. A gente traz muito no nosso campus a construção da ideia do SUS, então isso tira o foco da doença e sim um olhar mais holístico, de entender as necessidades, os determinantes sociais que levaram a doença. Então essa construção da filosofia do método você também tem que tornar o aluno um indivíduo que entenda essa necessidade do outro. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

O cuidado em saúde exige procedimentos técnicos, mas não se restringe a eles, pois cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele; no cuidado a razão e o afeto estão misturados e é preciso captar, no ato de cuidar quais os projetos de felicidade de quem quer ser cuidado. (SILVA, 2013). Assim, pode-se inferir que esse processo de aproximação com o contexto social, orientado pelo campus e facilitado pela Metodologia Ativa, causa um estranhamento inicial no docente, mas desvela um caminho para a interiorização dos aspectos críticos relativos a realidade da saúde da comunidade, bem como uma **aproximação/encontro com o sujeito que precisa do cuidado**.

Esse cuidado com as questões sociais também demonstra ser uma realidade portuguesa, algo típico das metodologias ativas:

Tem uma disfonia¹⁷ e se trata assim. Importante a gente ver que obrigações essa pessoa tem, como é a vida profissional, quais foram as perdas, quais são os ganhos, o que nós queremos que ela faça no futuro? Portanto, o paradigma é sempre biopsicossocial e muito centrado naquilo que são as necessidades de participação da pessoa no seu dia a dia. (Vitória, Fonoaudiologia, Portugal).

¹⁷ Disfonia é toda e qualquer alteração na emissão natural da voz humana e pode ser desencadeada por alterações na função ou na estrutura laríngea.

A seguir, Raoni relata que consegue inserir a discussão da temática de gênero a partir de uma **situação-problema** específica da Fonoaudiologia, em que um adolescente apresenta dificuldades na voz durante o processo de muda vocal. Espera-se que durante a puberdade, o menino, em especial, mude o tom da sua voz, tornando-a mais grave, assim como “normalmente” o é a voz de um homem adulto. Quando essa mudança não ocorre dentro do esperado diz-se que o sujeito passa pelo processo de muda vocal incompleta, apresentando uma voz “fina”/aguda para a idade. O docente, então, aproveita esse problema para discutir sobre as expectativas e papéis de gênero impostos e naturalizados pela sociedade. Nesse contexto, oportuniza a livre expressão dos alunos e a reflexão sobre as próprias vidas a partir da obra “O Poder do Macho” de Heleieth Saffioti.

Por exemplo quando peço para eles lerem “O Poder do Macho”, eu peço para eles lerem num problema só que é o problema de disfonia, muda vocal. Aí lá surge a oportunidade de indicar o livro e eu fico muito feliz das meninas discutindo essa questão do machismo nos pequenos movimentos da sociedade. E elas falam com muita propriedade. [...] Acho que favoreceu por eu ter me aproximado com a temática, ter me importado com ela. (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

O docente, ainda que ao mencionar a flexibilidade da Metodologia Ativa na inserção de novos conteúdos às suas aulas, reitera que esse fato foi favorecido por sua aproximação e interesse anterior pela temática. A indicação da leitura de um livro do campo da sociologia, feita por Raoni, é motivo de orgulho para os pesquisadores da linha de pesquisa de gênero, visto que “O poder do Macho” é uma importante obra da socióloga Saffioti, publicada em 1987, que questiona a discriminação contra a mulher e contra o negro, aponta para a vinculação da saúde com outras demandas de cunho social. Constata-se, entretanto, a necessidade de o docente inserir no seu discurso a importância dos “meninos” também discutirem sobre o machismo, e não apenas as meninas, pois sabe-se que a transformação depende de ambos.

Outro exemplo de como é possível a **articulação da temática ao conteúdo programático** foi observada a partir do relato do docente do ciclo básico da UFS (Educação em Saúde), quando menciona também ter inserido uma situação-problema específica para tratar da temática de gênero em sala de aula. (Vide situação-problema no anexo 1)¹⁸.

Eu comecei a ter familiaridade aqui. Ano passado eu até elaborei um problema que abordava gênero. Como eu criei o problema, eu criei falas e discursos que

¹⁸ No anexo 1 apresenta-se o “Manual do Tutor” utilizado no primeiro ciclo de ensino do Campus de Lagarto, pelo Departamento de Educação em Saúde, na subunidade curricular 04 que trata de “Percepção, consciência e emoção”. O problema 5 é o relatado pelo docente e diz respeito às questões de gênero. Achou-se por bem apresentá-lo ao leitor nesta tese para facilitar a compreensão sobre a forma de inserção de situações-problema no espaço do tutorial. Decidiu-se por apresentar o manual completo com todos os outros problemas, bem como seus respectivos objetivos de aprendizagem para não comprometer a clareza do conteúdo na íntegra.

eu precisava de análise para não ficar caricaturado por falta de conhecimento meu. Veio muito do que eu aprendi aqui, por exemplo quando a gente aprende no início a questão dos DSS (determinantes sociais de saúde). E aí eu pensei: poxa isso aqui é interessantíssimo, porque tem pessoas que adoecem por questões culturais. As pessoas adoecem pela questão do gênero, por opção sexual, por várias questões. E a gente tem que deixar isso claro para os alunos. Daí veio a ideia de elaborar esse problema sobre gênero e aborda violência de gênero e tudo. [...] O problema foi elaborado por mim, distribuído para os outros professores e discutido de forma coletiva. As vezes um tutor que nunca tinha pensado nisso como algo relevante, passa a pensá-lo. Eu acho que o método favorece porque se eu fosse fazer isso no método tradicional, eu seria o único na minha turma a trabalhar esse problema. Aqui como a gente constrói os problemas e o fato da discussão ser coletiva, uma particularidade daqui. Quando eu criei o problema os outros tutores precisaram aplicar e precisaram estudar. Então isso acabou sendo difundido. O nosso método é mais aberto à discussão com os professores. A gente tem um monte de quebra pau por conta disso. Muitos tutores questionaram a necessidade de discutir isso, a questão de gênero. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

O docente apresenta em sua fala a necessidade de sensibilizar o aluno para essas questões, considerando que os determinantes de saúde contemplam cultura, sexualidade, sociedade e gênero e, portanto, entende a importância de inserir como situação-problema. No entanto, reitera que se o tutor não tiver essa formação provavelmente não saberá trazer à tona essas discussões.

Neste sentido, é importante destacar a importância da **humanização**, da difusão do paradigma da produção social da saúde como processo que envolve múltiplos aspectos objetivos/subjetivos e que passou a ser reconhecido como matriz de intervenção multiprofissional, o que transformou o cuidado em objeto de diferentes profissões. Pois o trabalho em saúde faz uso de ferramentas tecnológicas, denominadas de leves, leve-duras e duras, e o cuidado, que é essencialmente relacional, dependeria do modo como cada trabalhador articula tais ferramentas (MERHY, 2002).

O médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formadas por “tecnologias duras”; outra, está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”; e finalmente uma outra presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém “tecnologias leves” implicadas com a produção das relações entre os dois sujeitos, que só tem materialidade em atos. (MERHY, 2002, p.94).

Portanto, é possível dizer que no trabalho em saúde, a questão de gênero, por exemplo, se caracteriza pela ênfase no predomínio das relações sociais, ou seja, das tecnologias leves. Nos processos de trabalho em saúde, o cuidado requer conhecimentos sobre um contexto interligado em que vivem seus usuários. É fundamental atentar para os **determinantes sociais**,

econômicos, culturais, religiosos, ambientais, suas relações familiares e o meio onde vive, assim como o citou o docente. Não se pode relegar a um segundo plano as condições de vida do usuário dos serviços. Neste ponto, se insere a questão de gênero.

A Metodologia Ativa dá ao professor uma **flexibilidade** quanto à inserção de novas temáticas nos conteúdos programáticos e isso pode ser viabilizado a partir da construção de um problema que será trabalhado por todos os alunos nas sessões tutoriais. A iniciativa do docente, mencionada, pode ser considerada de importância relevante especialmente porque trata-se do primeiro ciclo de ensino, em que todos os alunos de todos os 8 cursos estudam simultaneamente o mesmo problema. Desta forma, a temática de gênero inserida no momento de chegada desse aluno ao campus pode significar uma abertura e uma nova perspectiva, ainda que, na experiência citada, com resistência por parte dos outros/as docentes do departamento para trabalharem a temática.

5.3.4 - Leitura crítica sobre fatores mediadores de gênero

Uma das questões fundamentais que foram orientadoras desta tese foi quanto a possibilidade de a formação em saúde mediada pela Metodologia Ativa contemplar ou não uma leitura crítica sobre os fatores mediadores de gênero. Buscou-se entender se a proposta metodológica ajuda a vivenciar temáticas de gênero, pois partiu-se do pressuposto de que o método ativo potencialmente facilita essa leitura crítica, a reflexão e inserção das questões de gênero nos conteúdos programáticos, visto que no contexto dos determinantes sociais o gênero é um elemento normativo da vida de homens e mulheres. Dizem respeito, igualmente, às políticas de saúde, às formas de prestação e aos prestadores de cuidados, mas também às práticas educativas nos vários contextos de socialização, em particular na escola e na universidade. Por mais que em nenhum documento oficial das políticas educacionais se observe especificamente a expressão “gênero”, subentende-se que ele esteja implicitamente presente.

Constata-se a necessidade de levar em conta a perspectiva do professor, não só do seu percurso acadêmico ou método utilizado, mas também do seu percurso de vida, conforme os relatos a seguir:

Depende do perfil, da visão do professor, do percurso tanto acadêmico quanto de vida do professor. Se ele não se importa com isso, ele jamais vai discutir sobre isso, ele não vai fazer nenhum movimento. Por isso que eu falo do alinhamento. A gente, em algum momento do nosso curso, discutiu que seria extremamente necessário colocar em cada problema uma questão de saúde coletiva, por exemplo. Mas isso se perdeu. Só um ou dois professores

discutem algo de raça e de gênero, mas eu não vejo outro caso. [...] o ideal seria alinhar. O que tá faltando discutir? (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

Eu acho que a nossa metodologia ajuda a fazer links entre conteúdos e talvez essa relação entre conteúdos facilite tratar desses assuntos. Mas também acho que a metodologia não tá diretamente ligada, não é obrigatoriamente. No tradicional você também pode fazer isso, vai depender muito do professor. Mas eu acho que a Metodologia Ativa indiretamente auxilia você a isso. Porque se você tá na Metodologia Ativa teoricamente o professor vai enxergar o assunto, o conteúdo de uma forma diferente. E o aluno também. Ele vai ter um raciocínio mais crítico, mais abrangente em relação ao tema. Então eu acho que é mais uma relação indireta do que direta porque o professor da metodologia tradicional também pode fazer esses links. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

No meu curso não consigo ver. Talvez dentro da organização dos casos, dos problemas, acho que pode colocar isso. Quando eu fazia meus problemas eu procurava no tutorial fazer isso. Imagina se o odontólogo é o único profissional de saúde da cidade. [...] cabe a você identificar por exemplo um agravo que não é odontológico, mas pode se tornar algo importante pra população, e aí? Acho que sim, ele permite isso, mas acho que isso depende muito de um contexto maior, do coletivo docente, das assessorias pedagógicas e tal. Vamos revisar isso aqui. Tem um jeito de colocar o social, aí sim. Mas não acho que seja mérito do método ativo. Vejo isso muito como professor-dependente. Você pode pegar um problema que tem esse nuance, mas o professor pode dar um enfoque totalmente tecnicista e ignore o cunho sociológico. Então não acho que seja mérito do método. (Moacir, Odontologia, Brasil).

Portanto, os relatos apresentados, manifestam a crença na facilitação que o método pode proporcionar para a leitura crítica de fatores mediadores de gênero. No entanto, não consideram como mérito da Metodologia Ativa, pois, ainda que haja uma orientação para a vinculação da saúde com as questões sociais, se o professor ignora o cunho sociológico ele pode dar um enfoque totalmente tecnicista. Logo, essa perspectiva é considerada, por eles/as, como **professor-dependente**, visto que depende do professor e não do método, no entendimento de que o docente carrega consigo para a sua sala de aula não apenas seu conhecimento técnico-científico, mas também sua sexualidade, seus preconceitos e sua visão de mundo. É preciso que haja disposição ou uma intenção para fazê-lo, pois isto está vinculado ao modo como cada um enxerga o outro e a si mesmo, além das representações que os professores constroem sobre seus objetos de trabalho, pois:

A construção de práticas de cuidado em saúde está vinculada a valores e concepções de saúde, doença e cuidados dos sujeitos que se constituem nesse campo, tanto na formação/ensino quanto no exercício profissional/trabalho. Tem um caráter polissêmico e multidimensional, exige um modo de ser, um sair de si e voltar-se para o outro com solicitude, envolvimento e ligação afetiva com o outro. É uma qualidade do ser humano que se expressa em suas

ações que tem potência para promover a saúde de indivíduos e coletividades. Exige alteridade, uma abertura para o outro. (SILVA, 2013, p.45).

Para Tardif (2002) a questão do saber docente não pode ser separada das outras dimensões do ensino, nem do estudo do trabalho realizado diariamente pelos professores de profissão. Não se pode falar do saber sem relacioná-lo com os condicionantes e com o contexto do trabalho. O saber dos professores está relacionado com a pessoa, e sua identidade, com a sua experiência de vida, com a sua história profissional, com sua relação com alunos e com os demais atores escolares. O autor esclarece que o “saber docente” se compõe de vários saberes vivenciados e provenientes de diversas fontes. Menciona a existência de um saber curricular, provenientes dos programas e dos manuais institucionais; o saber disciplinar, que constitui o conteúdo das matérias ensinadas; o saber da formação profissional, adquirido por ocasião da formação inicial ou contínua; o saber experiencial, oriundo da prática da profissão, e o saber cultural herdado de sua trajetória de vida e de sua pertença a uma cultura particular.

Acrescenta-se, ainda, a propósito do saber docente, que os professores e professoras tem demonstrado que existe uma tendência de eles e elas repetirem, nas práticas de ensino, as suas experiências educacionais familiares e pessoais. Embora o saber docente advinha de um campo profissional institucionalizado, encontram-se presentes, nas relações sociais, as marcas das contingências. Assim, por conseguinte, os saberes docentes pressupõem formas de ação fundadas em tradições, costumes, rotinas e hábitos da ação educativa e pedagógica. (TARDIF, 2002).

Desta forma, a perspectiva de gênero reconhece que as condutas e os valores são influenciados por aspectos dos diversos contextos onde estão inseridas as pessoas, famílias e suas comunidades. Portanto a Metodologia Ativa, na percepção de alguns docentes, facilita a discussão da temática de gênero pelo fato de trabalhar com situações-problema advindas da realidade social. Além disso, o aluno tem a oportunidade de manifestar suas posições e conhecimentos prévios sobre os variados temas vinculados ao problema apresentado, o que viabiliza a inserção de outros temas trazidos a partir das discussões travadas pelos próprios alunos. Nesse sentido, relata a docente: “Eu acho que a metodologia favorece a inserção dessa temática porque existe nela uma porosidade, uma **flexibilidade** que você pode incorporar isso nas conferências, na prática, nas situações-problema[...] (Iara, Fonoaudiologia, Brasil).

Eu acho que facilita porque como são problemas da realidade discutidos na sala de aula e que o aluno tem que ter essa noção, argumentação, visão crítica [...] como a metodologia estuda os problemas reais surgiu esse problema e aí surgiu a necessidade de eu próprio como professor estudar. O atendimento do trans a gente não se preocupava com isso, hoje já existe uma preocupação. Existe a política, vai ter que ser discutida, pois é um problema que existe na

UBS o atendimento/acesso à população trans. A população trans não procura a UBS (unidade básica de saúde) por vários motivos: tanto porque os profissionais não fazem o acolhimento, não fazem ou não sabem. A Metodologia Ativa ajuda muito isso. No tradicional não aconteceria porque existe um conteúdo programático definido, mais fechado, mais elaborado, mais condicionado. Então muitas vezes você fica condicionado aqueles objetivos já traçados por uma ementa que é x, y e z que muitas vezes não dá margem ao problema. Logo, como é um dos eixos norteadores da Metodologia Ativa a observação da realidade, há uma facilitação. (Kayke, Enfermagem, Brasil).

Na Metodologia Ativa não é só sua esfera de referência que vai pra sala de aula, e sim a esfera de cada um que está presente. Você permite que outras pessoas contribuam para a discussão. Eu não tenho que controlar nada. Tem um conjunto de mensagens chave que quero deixar, mas precisa se perceber que cada mensagem é apoiada naquilo que eu recebo desde a aula anterior dos alunos. Cada aula ajuda a preparar a seguinte. Nesse espiral. Nessa metodologia a gente integra realidades. O resultado é gratificante. (Vitória, Fonoaudiologia, Portugal).

Enunciados como porosidade, flexibilidade, problemas reais discutidos na sala de aula, abertura às questões sociais, **abrangência quanto a esfera de referências**, links entre conteúdos, integração de realidades, parecem justificar a potencialidade da Metodologia Ativa em articular temas como gênero/diversidade aos conteúdos programados. No entanto, necessita antes da visão do docente nessa direção, ainda que o método “Talvez prepare um pouco por aguçar o senso crítico. Eles parecem ser mais abertos às questões sociais”. (Araci, Nutrição, Brasil). Para o professor João da Terapia Ocupacional em Portugal: “A Metodologia Ativa contempla fatores atitudinais, então se surgir uma questão de gênero pode se ter uma leitura mais crítica”, visto que o respeito às diferenças e as atitudes integradoras são desenvolvidas nas sessões tutoriais.

É preciso registrar que os conteúdos e as práticas de ensino não têm se modificado substancialmente, sendo a luta contra o sexismo, o racismo e a homofobia nos espaços educacionais ainda um desafio, apesar da progressiva escolarização das mulheres, intensificada na segunda metade do século XX, e dos respectivos indicadores melhorados em todos os níveis educacionais. (Rosemberg, 2001).

5.3.5 - Relações de poder

Foucault (2012) considera que o poder não é possuído por alguém, mas é antes uma relação fluída que permite o uso da força (física ou simbólica) difundindo-se e ramificando-se em micropoderes relacionais. Ainda que a questão do poder permeie, direta ou indiretamente,

a maior parte dos enunciados apresentados nesta tese, neste tópico ela será tratada de forma específica, considerando as relações de poder existentes entre os gêneros e, especificamente, da dominação masculina sobre as mulheres no ambiente acadêmico.

Partiu-se do princípio que a categoria gênero é útil na análise da constituição dos significados e das relações de poder socialmente constituídas. (SCOTT, 1990). E diante disso, evidenciou-se, unidades discursivas que tratavam das relações de poder em sua articulação com a academia. Tem-se enunciados sobre a desigualdade de gênero: negação e afirmação; sobre a divisão sexual do trabalho: nos seus aspectos que dizem respeito a segregação vertical e horizontal; sobre a difícil conciliação entre carreira e família, bem como sobre a desqualificação do trabalho feminino.

5.3.5.1 - Negação da desigualdade de gênero

Segundo Bourdieu (1999) a sociedade é um espaço de diferenciação no qual as **relações de dominação são dissimuladas**, porque são profundamente interiorizadas pelos indivíduos. Nos depoimentos dos/as docentes, de ambos os sexos, foi possível observar essa dissimulação, por exemplo, mediante a negação da desigualdade e do privilégio dos homens em detrimento das mulheres: “Nós temos no corpo docente vários homens e o tratamento entre eles é absolutamente paritário. Não há diferença nenhuma. A competência, a mais valia de cada um que é valorizado e não se é homem ou mulher. Não tem nada a ver em termos de profissão”. (Vitória, Fonoaudiologia, Portugal).

As relações de poder entre os gêneros presentes nas sociedades brasileira e portuguesa cotidianamente parecem não reverberarem nos depoimentos repetidos por vários/as docentes de ambos os sexos:

Não percebo desigualdade. Talvez porque a gente tenha uma diretora mulher, né. Rs. Por um lado, eu nunca senti desigualdade, nem antes, nem hoje. Não sei se porque eu nunca liguei, mas nunca consegui perceber isso aqui dentro não, talvez lá fora, mas aqui não. Não sei se tem a ver com a criação, com o subjetivo de cada um de nós. Minha mãe sempre foi uma mulher ativa, dona do próprio negócio, sozinha, separada, então ela criou a gente de uma maneira. Não sei se por isso eu não consigo ver essa diferença ou se existe mesmo e eu não percebo. Mas eu acho que não. (Jaci, Terapia Ocupacional, Brasil).

Não conheço nenhum caso que seja o gênero que determina qualquer coisa. Eu acho que é mais uma questão de oportunidade [...] independentemente de ser homem ou mulher. Nós temos uma profissão majoritariamente feminina e, portanto, os problemas deveriam ser mais evidentes para os homens. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

É justo dizer que a dimensão de pessoas do sexo masculino mais influentes é grande. É justo dizer que sim. Eu não vejo isso como um problema no curso de Medicina, nem pessoal. Eu não vejo isso como um problema, embora eu gostaria que houvesse mudança. Mas acho que o tempo precisa fazer o seu trabalho. (Teobaldo, Medicina, Portugal).

A professora Jaci diz não perceber a desigualdade de gênero na sua experiência pessoal nem tampouco profissional. Associa esse fato a criação dada por sua mãe, mulher separada que criou os filhos sozinha, mantendo uma vida independente e ativa. O que nos remete a teoria de Bourdieu (1983) quanto ao capital cultural e social, algo considerado simbólico, e que tem como função não só diferenciar os agentes no campo, mas de funcionar como moeda de conhecimento e reconhecimento partilhada dentro do mesmo espaço social e de diversos campos. O autor menciona que a subjetividade é construída nos processos de socialização primária e secundária. Dubar (2005) esclarece que a socialização primária ocorre a partir das relações que se estabelecem entre o “mundo social” da família e o universo institucional da escola, e a socialização secundária se constitui em uma incorporação de saberes especializados, ou seja, saberes profissionais e de papéis direta ou indiretamente arraigados na divisão do trabalho.

Da mesma forma, João problematiza dizendo que a Terapia Ocupacional é majoritariamente feminina, logo não há desigualdade de gênero, pois se houvesse seria o homem o prejudicado. Parece entender que a desigualdade se relaciona ao quantitativo de homens e mulheres na profissão. Conforme Bourdieu (1983) as mulheres que tiveram sua subjetividade feminina construída a partir de atributos de gênero, encontram sua “vocação” em profissões que remetem a valores que lhes foram ensinados e conduzidos ao longo da vida.

Teobaldo não percebe a desigualdade de gênero como um problema para a Medicina nem para sua vida pessoal, apesar de relatar que as pessoas mais influentes são do sexo masculino e que gostaria de ver mudanças.

Há nesses relatos uma negação evidente quanto a percepção da desigualdade de gênero, fato que para Cruz (2012) representa uma lacuna que começa a ser preenchida no campo educacional, através da denúncia da **invisibilidade da categoria gênero**. Entende-se que a realidade social na qual, efetivamente, homens e mulheres se educam é contraditória, e os elementos fundidos na experiência de gênero que os grupos sociais vivenciam em seu cotidiano tornam tal contradição o elemento que, ao mesmo tempo oculta e desvela tal realidade.

Paradoxalmente à percepção apresentada pelos/as docentes, os índices de igualdade de gênero nos dois países analisados, Brasil e Portugal, estão longe de serem paritários. O Índice de Igualdade de Gênero da União Europeia, por exemplo, foi criado em 2013 pelo Instituto Europeu para a Igualdade de Gênero, e compreende séries temporais relativas ao desempenho

dos Estados-membros em matéria de igualdade de gênero. O índice é construído em torno de seis domínios fundamentais – trabalho, dinheiro, conhecimento, tempo, poder e saúde, além de outros dois domínios: violência contra a mulher e desigualdades interseccionais. Portugal aparece, pois, como o terceiro pior país mais desigual da UE, de acordo com o Índice em 2015. (PORTUGAL, 2016). O tempo (cuidado e social) e poder (político e econômico) continuam a ser o maior “calcanhar de Aquiles” das mulheres no combate à desigualdade de gênero em Portugal. A distribuição desigual do tempo entre homens e mulheres quando se trata de atividades domésticas e a prevalência da sobre-representação masculina em áreas de tomada de decisão continua a ser evidente. Em Portugal, o quesito conhecimento, que mede lacunas na participação das mulheres no ensino superior, também chama a atenção em relação aos índices da União Europeia (UE)¹⁹. Apesar do considerável acesso das mulheres portuguesas no nível superior de ensino nos últimos anos, há ainda uma discrepância quando comparados aos outros países da UE. Com relação ao poder, que diz respeito à ocupação em órgãos ou funções de poder, Portugal está minimamente representada por mulheres²⁰. Os países com melhores índices de igualdade de gênero na Europa são Suécia, Dinamarca e Finlândia. Pior que Portugal, só Romênia e Eslováquia.

O relatório do Fórum Econômico Mundial, referente ao ano de 2017, aponta que a desigualdade entre os sexos aumentou no último ano e o Brasil ocupa 90ª posição (11 posições abaixo do ano passado) no ranking de 144 países, com classificação ruim sobretudo em relação à representatividade política. O estudo analisa a situação nas áreas de trabalho, educação, saúde e política e diz que a desigualdade entre homens e mulheres voltou a crescer este ano após uma década de avanços. Para a organização, serão preciso mais 217 anos para que ambos os sexos tenham salários e representatividade iguais no mundo do trabalho. Em 2017, a previsão era de que seriam necessários 170 anos para se alcançar tal meta. Na área da educação, as diferenças são menores, sendo possível atingir a igualdade de acesso à educação em apenas 13 anos. Já na política, pelo ritmo atual, seriam necessários 99 anos. O Brasil está bem posicionado nas categorias educação e saúde, mas sua média é puxada para baixo por causa da desigualdade política e econômica. (Taylor, 2018).

¹⁹ 29.9 comparado a 52.1 para a União Europeia.

²⁰ Média menor quando comparada aos índices de toda a União Europeia para as ocupações em ministérios, assembleias, câmaras municipais, sociedades/ órgãos de fiscalização ou de administração e banco central.

5.3.5.2 - Afirmação da desigualdade de gênero

Há, por outro lado, relatos que afirmam a desigualdade de gênero presente na academia, ainda que amenizando sua potência e consequência. Quando questionados os participantes da pesquisa sobre a percepção quanto as **diferenças de oportunidades de ascensão profissional** entre homens e mulheres na carreira, alguns docentes, especialmente os/as brasileiros/as, afirmaram perceberem essas diferenças, divergindo apenas na observação dos porquês esse fato acontece.

“Com certeza. Eu vejo isso dentro da universidade. A Adriana (diretora do campus) mesmo fala: gente, é muito difícil ser mulher. Uma vez ela chegou p. da vida de uma reunião. Ela disse: gente, não me escutam simplesmente porque eu sou mulher”. (Irani, Fisioterapia, Brasil). Cruz (2012) ressalta que além de ter um espectro mais limitado de escolhas, as mulheres enfrentam dificuldades adicionais no ambiente acadêmico altamente competitivo, no qual a agressividade masculina é interpretada positivamente como assertividade e a assertividade feminina é julgada negativamente como autoritarismo. É frequente serem atribuídos valores negativos às mulheres que ocupam posições de destaque na hierarquia acadêmica, ou no mínimo ser delas exigida uma performance mais impecável do que aos homens na mesma condição.

Aqui talvez um pouco menos. Talvez eu perceba questões pontuais, sutilezas, piadinhas. Aquelas piadas que sempre aparecem: hoje ela tá assim porque tá naquela fase do ciclo. Uma mulher nervosa tá de tpm, um homem nervoso é normal. São piadinhas que passam despercebidas porque a gente tá acostumado a ouvir. Mas desmerece uma situação que é séria. Ela tá nervosa porque tem um motivo pra isso e você fica dizendo que é porque ela tá de tpm. São questões que eu acho que são danosas. Numa reunião de departamento a pessoa tá discutindo uma coisa e dito que é porque ela é mulher, ela tá dizendo isso porque é mulher. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

Eu acho que tem as suas dificuldades. Por exemplo quando a gente vai falar que a diretora do campus é mulher, o pessoal se assusta: mas mulher? Já ouvi isso. Então eu acho que tem essa dificuldade, mas acho que vai de cada um buscar o seu espaço, penso isso. Mas tem sim. Acho que tem uma certa dificuldade da mulher conseguir o seu espaço, ela tem que lutar muito mais que o homem. Talvez pelo passado, pela história. Mas eu não acredito por exemplo se tivesse eu e um homem disputando, eu acho que eu tenho a mesma possibilidade de luta, de busca. Talvez tenha suas distinções sim pelo histórico. (Jaci, Terapia Ocupacional, Brasil).

Piadinhas e condutas discriminatórias sutis no interior do departamento, mencionadas por Kauê, são tratadas pela maioria do corpo docente como algo “natural”, que passa despercebido. Ao ser questionado pela pesquisadora, o docente recorda momentos como o

citado, que demonstram claramente a **discriminação de gênero** ainda presentes na rotina do departamento. Os discursos normativos participam da constituição dos sujeitos, definem lugares que eles podem se posicionar, se identificar e identificar o outro. Problematicar esses discursos é uma forma de desnaturalizar ações discriminatórias não percebidas no interior do cotidiano desses docentes.

Ainda que a professora Jaci perceba uma provável discriminação quando relata sobre a dificuldade sofrida pela diretora atual do campus de Lagarto pelo fato de ser mulher, por outro lado ela afirma que a mulher, de forma geral, tem a mesma possibilidade de conquista profissional. Refere-se ao mérito como sendo a questão fundamental para a posse de um cargo de chefia e, com isso, desconsidera o peso histórico do patriarcalismo que impôs determinados papéis para cada gênero. Da mesma forma, a professora, a seguir, percebe algo diferente na subjetivação feminina, no entanto, não consegue discernir os porquês, não chega no “cerne” da questão. Em seu relato deixa implícito as barreiras/resistências invisíveis que as mulheres encontram no seu desenvolvimento profissional e pessoal:

As mulheres têm ali qualquer coisa que as impedem de avançar ou quando avançam, o fazem de forma que as vezes não é a mais adequada. Não sei. Há aqui alguma coisa que ainda está nos nossos pensamentos, nas nossas influências e nós não sabemos muito bem o que está a acontecer”. (Maria, Enfermagem, Portugal).

A professora mantém a reprodução de um discurso naturalizante que desqualifica a mulher. Para compreender esse fato e, conseqüentemente, avaliar o grau de autonomia das mulheres, Leon (1997) sugere quatro critérios: 1. O controle das mulheres sobre sua própria sexualidade e fertilidade; 2. Uma divisão do trabalho que permita tanto a mulheres como a homens igual acesso e controle sobre o significado da produção; 3. Formas de cooperação e organização das mulheres que lhes permitam e ajudem a controlar seus próprios assuntos; 4. Concepções de gênero positivas que legitimem um sentido de dignidade e auto respeito das mulheres, bem como seu direito de autodeterminar-se. Esses critérios se aproximam da noção de empoderamento multifacetado.

5.3.5.3 - Divisão sexual do trabalho: segregação vertical

A profissionalização feminina, iniciada no final do século XIX aconteceu relacionada aos **papéis femininos tradicionais**, vinculados ao cuidar, educar e ao servir, entendidos como dom ou vocação. Elas entraram no mercado de trabalho por volta de 1830 a 1870, e as atividades exercidas por elas se constituíram na extensão das atividades do mundo privado que foram

transferidas para a sociedade, produzindo mudanças profundas no mundo da mulher e, conseqüentemente, trazendo à tona a forma de trabalho desprovido de informações, sem proteção legal, baixa remuneração e, ainda, sofrendo a concorrência e agressividade de seus companheiros na casa e no trabalho (ALAMBERT, 1986).

A divisão sexual do trabalho é a base material da desigualdade entre os gêneros e foi trazida à tona pelo movimento feminista. No entanto, parece não evoluir no mesmo ritmo da história da tecnologia, uma vez que ainda se encontra submetida a um peso histórico que torna possível apenas o deslocamento das fronteiras do feminino e do masculino, jamais a supressão da própria divisão sexual do trabalho (HIRATA, 2002), como constatou-se a partir dos relatos aqui apresentados.

Principalmente se tem um cargo de chefia, é sempre oferecido ao homem, mesmo que sejamos a maioria fonoaudiólogas. A nossa profissão é essencialmente feminina e se tem um cargo de chefia, eles oferecem geralmente ao homem. [...] Veja quem é que trabalha num hospital quem é o chefe do setor da Fonoaudiologia. Geralmente é homem e você conta nos dedos quem é homem na profissão. Eu fico muito brava com isso, sempre fiquei. (Iara, Fonoaudiologia, Brasil).

Ainda que as profissões do cuidado sejam, em regra, procuradas essencialmente por mulheres, persiste a noção de que os **cargos altos da estrutura hierárquica da instituição continuam destinados aos homens**, como reiteram os/as docentes: “Quando eu vou nas reuniões de chefia é uma surpresa ter tantos homens. Era para ser mais mulher pela quantidade de mulheres que estão aqui na saúde. No campus a maioria é de mulher”. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil). “A Enfermagem é uma profissão essencialmente feminina, tem muito mais mulheres do que homens, mas curiosamente as pessoas que estão em lugar de relevo, ou seja, que são chefes, que são diretores, são homens”. (Maria, Enfermagem, Portugal).

A presença significativa de docentes do sexo feminino nos cursos de graduação coincide com o que traz a literatura sobre a feminização das profissões de saúde. Todas as IES, campo deste estudo, são instituições públicas, onde o acesso aos postos de trabalho se dá por concurso, com menor possibilidade de discriminações de gênero; de haver garantia de direitos trabalhistas, como licença maternidade, salários iguais para a mesma função e a estabilidade no emprego; observa-se, entretanto, tanto a segregação horizontal quanto a segregação vertical. A **segregação horizontal** é verificada através na naturalização de determinadas ocupações femininas a partir das especificidades de gênero biologicistas. A **segregação vertical** é a que dificulta a progressão das mulheres aos cargos mais elevados da hierarquia profissional e, mesmo quando essa ocupação chega a acontecer, acontece mais tardiamente do que para os homens e, portanto, não tendo acesso aos cargos mais elevados também não tem acesso aos

maiores salários. Muitas dessas desigualdades são frutos do tipo de inserção no mercado de trabalho.

Eu percebia muito essa desigualdade quando eu trabalhava nas universidades particulares, mas agora na UFS não. Na pública não porque ela é mais democrática. O grupo escolhe quem vai coordenar, o grupo escolhe quem vai fazer isso ou aquilo. Então eu acho que, de uma certa forma, ela é mais democrática do que as outras universidades. (Iara, Fonoaudiologia, Brasil).

O depoimento da Iara pode ser explicado por ser as instituições públicas, de fato, um espaço um tanto mais igualitário/democrático quando comparado às instituições privadas, no entanto, a desigualdade de gênero é algo estrutural e alimenta o sistema independentemente da consciência e do lugar de onde se fala. Pois a estruturação atual da **divisão sexual do trabalho** remete à relação social entre homens e mulheres, que atravessa outras modalidades da divisão social entre os gêneros. Na realidade investigada, constata-se que a divisão sexual do trabalho permanece nos dias atuais como uma provável reprodução inconsciente dos papéis delimitados e impostos subliminarmente a cada gênero. Diante das indubitáveis conquistas das mulheres na educação e no trabalho, assim como sua participação crescente nas carreiras de ciência e tecnologia, sobretudo a partir de meados do século XX, pode causar estranheza a afirmação da socióloga Cynthia Epstein (apud CANCIAN, 2015) de que a maior divisão social que caracteriza o mundo atual é a divisão sexual.

A sociedade continua deslocando as mulheres das posições de poder e delimitando suas esferas de atuação e, conseqüentemente, seus ‘papéis’ no mundo do trabalho. Há uma orientação dos espaços inerentes à mulher, cujas características sugerem uma suposta ‘inferioridade’ determinando sua posição desigual na sociedade (CRUZ, 2006). Esse fato, foi claramente constatado na realidade aqui estudada, quando em um campus de maioria feminina, tem-se grande parte dos chefes de departamento homens. Além disso, segundo Saffioti (1987), o trabalho que impõe mais poder tende a pertencer a esfera masculina, seguindo a lógica do patriarcado. É notório que o “poder do macho” é uma situação frequente no campo do trabalho.

Somos muito mais mulheres do que homens. E, no entanto, nos cargos de direção, por exemplo, o presidente é homem, o presidente científico é homem, o pedagógico sou eu, eu sou a única mulher. [...] e resulta que a decisão de querer participar, de presidir alguma coisa parte muito mais dos homens do que das mulheres, mas eu acho que não é propriamente pelas mulheres não terem uma oportunidade, porque tem. Não sei se é pelo comportamento deles um bocadinho mais proativo e o das mulheres um bocadinho menos proativas [...] depois ficaram numa condição, se calhar, mais confortável por não ter que. Não sei, é uma coisa que me faz refletir. Mas de fato, os homens aqui são poucos, mas acabam por ter uma preponderância muito grande em termos de ascensão e até mesmo de influência de opinião. Eu acho que em termos de influência de opinião, a opinião dos homens tende a sobrepor-se a opinião das

mulheres. Isso se nota um bocado. Não que as pessoas se sintam vetadas de dar a sua opinião, as pessoas se sentem livres para dizerem o que quiserem e tomarem as suas decisões. É o maior respeito de toda gente, mas é uma questão cultural. E tem a ver com o nosso desenvolvimento de deixar os homens avançarem mais do que nós. Ali não é o fato de ser homem, é mesmo a competência que a pessoa tem. E que nós temos que perceber que aquela pessoa tem de fato mais competência [...] agora por que que tem mais competência sendo homem? Por que que a mulher não chegou lá? As vezes fica a reflexão. E isso a gente vai encontrar na maior parte dos locais de trabalho em Portugal. (Maria, Enfermagem, Portugal)

Há uma incoerência no depoimento da docente portuguesa. Ela diz que os cargos de chefia são ocupados em sua maioria por homens por uma questão de competência profissional, e por outro lado questiona: Por que tem mais competência sendo homem? Por que a mulher não chegou lá? Um discurso impregnado de naturalizações. Portanto, quando a docente se refere a provável competência maior masculina para a gestão traz nesse discurso a noção de qualificação como construção social, ou seja, homens e mulheres se apropriam de processos de aproximação e qualificação de acordo com seus “atributos” de gênero. Neste sentido (DURÃES, 2012), acrescenta-se que a qualificação – na perspectiva da construção social – passa a ser reconhecida não somente pela base técnico-científica do processo de trabalho, mas também, em especial, passa a ser considerada resultante das relações sociais estabelecidas entre pessoas portadoras de distintas trajetórias e características. Assim, nas condições de gênero, o trabalho realizado por homem ou mulher é diferentemente reconhecido entre grupos e sociedades, dependendo dos sujeitos e das relações em jogo, o trabalho será mais ou menos valorizado.

Quando Maria fala a respeito da sobreposição da opinião dos homens à opinião das mulheres em uma realidade de docentes do ensino superior, em Portugal, merece especial atenção, pois demonstra a realidade estrutural de uma sociedade patriarcal em que o homem continua a dominar as mulheres tanto em atos quanto em pensamentos. “Os homens aqui são poucos, mas acabam por ter uma preponderância muito grande em termos de ascensão e até mesmo de influência de opinião”. (Maria, Enfermagem, Portugal).

No seu artigo, Macedo e Santos (2009) fazem referência à entrada das mulheres no mercado de trabalho português, principalmente para ocupação em postos socialmente ligados ao cuidar: educação, saúde e ação social. Todavia, no que tange as funções de liderança, observa-se que mesmo nesses espaços há a predominância masculina, o que na pesquisa ora apresentada, essas formas de visibilidade²¹ também se mostram presentes.

²¹ O conceito de visibilidade remete a uma fala de sujeitos produzida com um determinado sentido, mais com vistas à produção de verdades do que propriamente uma realidade vivenciada ou apresentada pelos sujeitos (Foucault 2015).

A segregação vertical aparece, pois, como uma barreira invisível que as mulheres enfrentam para manter-se competitivas no mercado e também na academia. É também conhecida por “Teto de Vidro”, ou seja, a falta de “oportunidade” das mulheres na hora de assumir cargos de responsabilidade, e tem relação direta com a maternidade e com as tarefas domésticas, ainda atribuída às mulheres. Fato, este, que não ocorre com os homens que podem ter maior dedicação e disponibilidade para o trabalho, visto que contam com a ajuda, normalmente de uma mulher, para cuidar dos filhos e da casa, mesmo que ela também trabalhe fora. Portanto, o fenômeno do “Teto de Vidro” supõe que a produtividade feminina é menor que a masculina, uma vez que estes estão em plena capacidade para assumir as tarefas que o mercado exige.

Segundo Meyerson e Fletcher (2000) o fenômeno Teto de Vidro propõe um modelo de discriminação que supõe que a produtividade feminina é menor que a capacidade de produção dos homens, uma vez que eles estão em plena e pronta capacidade de criação e inovação das tarefas exigidas pelo mercado. Dessa forma, as mulheres são subestimadas no cenário globalizado organizacional e passam a travar uma batalha para a sua inclusão e permanência no mercado de trabalho. Percebe-se, então, que a carreira de mulheres é dificultada por aspectos socioculturais não muito perceptivos relacionados ao gênero, e não à qualificação.

As barreiras feitas de vidro vão além do teto, pois não é o teto que está segurando o progresso das mulheres, é toda a estrutura das organizações em que trabalhamos: o alicerce, as vigas, as paredes, o próprio ar. Isso significa que mesmo com o “teto de vidro” há um labirinto de cristal que transmite uma ideia de caminho com voltas esperadas e inesperadas, dificultando a ascensão profissional da mulher. Essas barreiras não estão só no topo, mas em toda a trajetória profissional da mulher. (MEYERSON E FLETCHER, 2000, p. 136).

A fala do professor, a seguir, apresenta a realidade citada quanto as barreiras encontradas pela mulher no mercado de trabalho, no entanto limita-se a compreensão de que tudo é uma questão de escolha feminina:

Acho que as possibilidades são bastante semelhantes. Acho que é uma questão de escolhas. Chega uma hora que a mulher quer ser mãe e isso atravanca na academia coisas como mestrado e doutorado que são projetos difíceis. Quando a mulher se coloca a fazer determinadas coisas, ela acaba deixando de lado outras e isso não tem nada a ver com capacidade, tem a ver com escolhas. (Moacir, Odontologia, Brasil).

A carreira feminina e sua ascensão profissional tem sido, então, dificultada por aspectos socioculturais nem sempre muito perceptíveis relacionados ao gênero.

5.3.5.4 - Divisão sexual do trabalho: segregação horizontal

Esse tipo de segregação, ou seja, separação/discriminação, verificada através na naturalização de determinadas ocupações dita femininas estão vinculadas aos papéis de gênero instituídos pela família patriarcal e pelas instituições sociais, a exemplo das profissões relacionadas ao cuidado. Vê-se que os/as docentes do ensino superior continuam reproduzindo discursos de naturalização dos papéis delimitados para os respectivos gêneros, ou seja, à mulher cabe o cuidar e ao homem cabe ao comandar. “Eu vejo por áreas de emprego da Enfermagem, por exemplo, UTI, dão preferência a homens”. (Kayke, Enfermagem, Brasil).

[...] acho que a mulher também se identifica mais com essa área do cuidar, essa parte da humanização, de estar com as pessoas. Tu tem determinadas áreas que tu tem mais ou menos mulheres. Por exemplo, cirurgia tu tem mais homem, mas a gente já vê uma presença maior de mulheres hoje em dia. É uma coisa mais bruta. (Moacir, Odontologia, Brasil).

A Educação em Saúde tem homens e mulheres dentro do departamento. A minha vice é uma mulher. Ela fica com as questões mais relacionadas aos alunos, ela é mais afetiva, então ela ficou com essa parte. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

Por muito tempo, então, foi considerado “natural” os papéis femininos e masculinos na sociedade. A família e o trabalho apareciam não como campos sociológicos, mas como campos delimitados pelo destino natural da espécie, fato/crença que perdura na atualidade evidenciada na fala de João: “[...] depois, do ponto de vista cultural, a mulher e o homem não tem papéis iguais”. (Terapia Ocupacional, Portugal). Determinados ramos/setores de trabalho foram e são considerados exclusivamente masculinos e, outros, interpretados como absolutamente femininos. O trabalho que impõe mais poder tende a pertencer a esfera masculina, seguindo a lógica do patriarcado, sendo notório que o “poder do macho” é uma situação frequente no campo do trabalho. A sujeição feminina é mais profunda que a masculina, já que as mulheres recebem menos para desempenhar as mesmas tarefas dos homens, além de sofrerem frequentemente mais manifestações de assédios moral e sexual. O poder do macho não é exercido apenas no seio dos grupos conservadores, estando também presente nos contingentes de costumes progressistas ou liberais. (SAFFIOTI, 1987).

A sociologia aceitava como um dado os papéis masculinos e femininos; aos homens a ida à guerra ou a subsistência familiar, às mulheres a atribuição do doméstico. Nesse mesmo contexto, a divisão sexual do trabalho aparecia como natural e, portanto, não sociológica. Foi apenas a partir das interpelações do feminismo que essas certezas foram abaladas. (KERGOAT, 2003).

Nessa linha de raciocínio, Hall (2004) esclarece que a identidade social é construída dentro e não fora do discurso, em locais históricos e institucionais específicos, no interior de formações e práticas discursivas específicas. O termo identidade social significa, por um lado, o ponto de encontro entre os discursos e as práticas que tentam comunicar ou convocar o indivíduo para que assuma seu lugar como sujeito social de discursos particulares e, por outro lado, os processos que produzem subjetividades, que constrói o sujeito sobre o qual se pode “falar”.

Dentro da mesma lógica, Maria relata que: “São coisas que estão muito no nosso inconsciente, nós mulheres não percebemos que aquilo influencia as nossas vidas.” (Enfermagem, Portugal). Por conseguinte, o gênero é informado pela desigualdade social, pela hierarquização e até pela lógica da complementaridade que traz embutida a violência.

5.3.5.5 - Divisão sexual do trabalho: desqualificação do trabalho feminino

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) identifica um percentual de 40% dos lares chefiados por mulheres. Apesar disso, as mulheres recebem pelo mesmo trabalho algo em torno de 70% do percebido pelos homens. Esses índices fazem refletir sobre o nível de desigualdade de gênero nas relações de trabalho que ainda constituem um reflexo da compreensão do papel da mulher na sociedade, na qual ainda faz parecer que o seu salário constitui apenas uma ‘complementação’ à renda doméstica.

Constata-se, a partir do relato a seguir, a permanência da desigualdade de gênero no espaço de ensino superior, caracterizado inclusive pela desqualificação de profissões, a exemplo da Fonoaudiologia. Os salários são baixos, a profissão é desvalorizada, e segundo o docente, isto ocorre por ser esta uma profissão feminina.

Chega um homem na fono e fica todo mundo: ai, um homem. Tô cansada de mulher. Ai, que bom que você chegou. Mulher é muito cheia de picuinhas, mulher fala demais. Então tem esses relatos. Na época da graduação eu era tratado como um rei. Na hora de resolver as coisas, todas diziam: ai, vai lá porque você é homem. Pra mim é um lixo ouvir isso de ser colocado nesse lugar de poder por ter um falo e pior é partir de mulheres. Mulheres praticando essa misoginia. Se a gente fizer uma análise, a gente percebe que os homens são muito melhor alocados. E principalmente na nossa profissão que 90% é mulher. Por que esses salários baixos? Porque a maioria é mulher e as pessoas estão pouco se lixando para as mulheres. Por isso que tem essa exploração. Por isso que os homens acham que podem pagar mil reais para a fonoaudióloga fazer não sei quantas audiometrias porque são mulheres. A desqualificação da Fonoaudiologia tem muito a ver com gênero. A gente não vai mudar se a gente não empoderar essas mulheres. Vocês dão conta sim, parem com isso. Montem um sindicato. Vocês dão conta de brigar no

sindicato. Vamos sair desse assistencialismo. Os homens são muito mais valorizados [...]. (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

Raoni relata que a sociedade não dá o mesmo valor às ocupações femininas e menciona a necessidade do empoderamento das mulheres para que as mudanças aconteçam. Dentro de uma profissão majoritariamente feminina, menciona que os homens são mais valorizados, tanto em termos de remuneração, quanto de opiniões e ideias. Isso também se mostrou evidente na realidade da Fisioterapia e da Enfermagem:

Eu percebo nitidamente em reunião de colegiado da Fisioterapia. Eu percebo que se a mesma ideia vem de homem, é olhada de outro jeito. Não sei se é coisa da minha cabeça[...]. As vezes o homem que tem esse preconceito nem tá percebendo. E a gente vê isso muito nos discursos dos homens. [...] Então, o próprio homem não percebe que tá sendo preconceituoso. Eu já percebi algumas vezes na Fisioterapia que se viesse de um homem seria diferente. Principalmente na minha área, eu sou da área da ortopedia, e nela tem mais homem, a ideia de que o homem bruto faz a força. É diferente. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

Mas as vezes as próprias mulheres elas se intimidam e pedem a visão do homem. Não sei se é uma política machista. Na Enfermagem vai ter esse problema porque tem muita mulher. [...] as vezes tem fala das próprias mulheres de perpetuarem isso e darem continuidade. As vezes dizem: “ah, tá chegando um homem, eles tem uma visão melhor”. Eu acho que a gente vê essa cultura de machismo na profissão. Áreas mais críticas que se exigem mais, se preferem homens. No hospital de lagarto, os chefes todos são homens. (Kayke, Enfermagem, Brasil).

A valorização do homem no ambiente profissional/corporativo é reproduzida por homens e também por mulheres na realidade do ensino superior em saúde aqui estudado e, com isto, pode-se inferir que o nível elevado educacional em si não é suficiente para que ocorra mudanças na compreensão das causas e consequências das desigualdades de gênero. Portanto, o patriarcado, fundado nas bases materiais da sociedade, continua instalando a divisão sexual do trabalho e reproduzindo a fragmentação da sociedade em dois espaços hierarquizados em função dos sexos. As análises socioeconômicas ocultaram por muito tempo essa questão, propiciando a permanência da divisão sexual e dos mecanismos postos em prática para reproduzi-la. É o que Foucault (2012) entende por capilaridade do poder, não apenas de cima para baixo (mercado), mas, principalmente, de baixo para cima (sujeitos).

A ocupação que exige maior qualificação é, normalmente, destinada aos homens. O lugar das mulheres parece estar pautado pelas questões de *status* que normalmente atribuem aos homens os postos de comando administrativo e, às mulheres, tarefas de auxiliares, trabalhos de execução, funções pouco especializadas e sempre subordinadas. Portanto, as diferenças observadas no mundo do trabalho contemporâneo ainda remetem à natureza particular de inferioridade do sexo feminino. A mulher é considerada como impulsiva, nervosa, meticulosa,

dócil e sensível aos problemas familiares, e, com isso, se dá menor ênfase à sua promoção e caracterizando-se com lastimável simplismo os atributos femininos periféricos, como fossem “típicos e inquestionáveis”. (KERGOAT, 2003).

O fato de as mulheres estarem cada vez mais inseridas no mercado de trabalho, não significa que esteja acontecendo igualdade de direitos, pois se assim fosse não existiriam os movimentos sociais. O relatório do Fórum Econômico Mundial esclarece que as mulheres continuam recebendo pouco mais da metade dos salários dos homens, revelando uma diferença de 58 por cento na renda entre os sexos. (TAYLOR, 2018). Essa é uma das demandas do movimento feminista que tem se fortalecido em todo o mundo, sendo a palavra “feminismo” a mais falada em 2017, o que tem balançado as bases estruturais da sociedade.

A análise das relações sociais de gênero fundamenta-se na compreensão de que as distinções entre trabalhadores docentes, mulheres e homens, resultam de construções culturais, isto é, são produtos da cultura e não decorrentes de dados biológicos. Por conseguinte, a dominação com base no princípio patriarcal veiculada pela difusão da valorização da figura masculina, encontra suas origens e sua função na cultura atual, nos valores, na institucionalização de normas sancionadas pela coletividade, nas regras de comportamentos, nos estilos de comunicação, no sistema informal de relacionamentos identificados e fundados nas experiências dos homens, vinculadas por relações hierárquicas de poder desfavoráveis ao gênero feminino. (CRUZ, 2012, p.10).

Dito isso, cabe salientar que a qualificação exigida para o trabalho docente, na sociedade capitalista, centraliza-se na base tecnológica, no controle e na racionalização das atividades. Cultural e socialmente, esses aspectos são reconhecidos como “atributos masculinos” e, por sua vez, são aqueles que dimensionam o “trabalho qualificado” na produção capitalista. Em oposição, as características de cuidado, carinho, zelo e exercício de atividades de coordenação motora fina são consideradas inerentes ou inatas a mulher, em vez de considerá-las como constituídas em espaços anteriores e/ou externos ao local de trabalho e em cursos de formação de trabalhadoras. Não sendo reconhecidas como advindas de processos de escolarização/formação, essas características tendem a ser desvalorizadas. E, principalmente, elas são desvalorizadas por terem sido geradas de outras relações e, em especial, constituídas no espaço privado e doméstico. Daí alguns fatores relativos aos atributos das mulheres não serem reconhecidos como qualificante. (DURÃES, 2012).

Além disso, alguns sistemas educacionais ainda não ultrapassaram certos estereótipos que concebem algumas áreas de estudo como sendo masculinas ou femininas. Em 2009, por

exemplo, mais de 70% dos alunos do ensino superior na área de educação eram mulheres, e uma média de 75% dos títulos na área da saúde e bem-estar também foram concedidos a mulheres. Um número cada vez maior de países da OCDE²² já apresenta iniciativas para contornar essas disparidades. Em geral, o acentuado progresso na formação das mulheres está sendo traduzido em ganhos no mercado de trabalho. Em 2009, uma média de 79% das mulheres com ensino superior estavam empregadas, comparadas a 66% das mulheres com ensino médio, e 46% daquelas com ensino médio incompleto. É intrigante, entretanto, que as mulheres ainda tenham menor probabilidade de participar do mercado de trabalho do que os homens, mesmo quando possuem as mesmas qualificações.

Em virtude dessa realidade, a CPLP²³ aprovou em 2010 o Plano Estratégico de Cooperação para a Igualdade de Gênero e Discriminação, focando-se em eixos que integram áreas prioritárias de atuação no domínio da igualdade de gênero e de empoderamento das mulheres nos Estados membros. Portanto, a promoção da igualdade de gênero, como se vê, é disseminada por diversos organismos internacionais e um dos objetivos do milênio estabelecidos pela ONU, estando em terceiro lugar entre as suas oito metas.

5.3.5.6 - Divisão sexual do trabalho: difícil conciliação entre carreira e família

O avanço da mulher no mercado de trabalho acabou gerando nova desigualdade, com dupla ou tripla jornada de trabalho, visto que a organização social bem como das famílias é ainda pautada na lógica histórica e de organização social em que a dominação é exercida somente por uma pessoa, uma constelação dispersa de relações desiguais discursivamente constituídas em campos sociais de força, no qual os homens possuem poder social, privilégio econômico e controle sobre o corpo das mulheres através de diversas manifestações (CRUZ, 2005).

O depoimento, a seguir, apresenta uma clara compreensão de que à mulher cabe uma luta grande para manter-se no mesmo patamar do homem no mercado do trabalho, pois necessita conciliar sua profissão com a família apresentando a mesma dedicação e disponibilidade. O marido e a mulher têm o mesmo emprego, ganham o mesmo salário, mas a

²² A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico é uma organização internacional composta por 35 países, da qual faz parte Portugal, tendo o Brasil uma relação como não-membro, no entanto candidato a adesão. Estados não-membros participam nos grupos de trabalho, regimes ou programas.

²³ A Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), comunidade de países e povos que partilham a mesma língua, criada em 1996 com o objetivo central da colaboração internacional, entre nove países de língua portuguesa das quais Brasil e Portugal fazem parte.

cobrança social quanto ao cuidado dos filhos e do lar continua sendo vinculada a ela. Mantêm-se no imaginário masculino e feminino, mesmo de mulheres com nível educacional elevado, a atribuição de papéis de gênero impostos a ela pela família e pelas instituições sociais. A entrada das mulheres no mercado de trabalho, necessariamente, não as têm desobrigado do cuidado da casa e dos filhos. O relato da esposa do docente, mencionado por ele, demonstra a **naturalização dos papéis femininos** impostos pela cultura patriarcal. A professora fica fragmentada e sofre com os conflitos como se o sentimento de culpa dissesse respeito apenas à mulher e não ao homem que também é pai.

Ainda existe sim muita desigualdade. A gente vive numa sociedade extremamente machista, então eu vejo em várias questões. Eu sou casado com uma professora, e até pra mulher se entender como profissional ainda é uma questão que não é tão simples. Por exemplo: a gente tem dois filhos, a gente trabalha igual, mesmo salário e tudo, mesmo emprego, mesma formação. E com os filhos eu lembro que por várias vezes, a gente no meio de muitas demandas de trabalho, ela se questionava que não era uma boa mãe porque não conseguia fazer comida pros nossos filhos. Isso é muito lá de trás. Quem disse que pra ser um boa mãe ela tinha que fazer comida. Então isso é uma questão social que as famílias cobram da mulher e isso acaba impregnando na cabeça da própria mulher. Mesmo quando ela é instruída isso vem e incomoda e vem como um ruído. Eu não consigo nem enumerar todas as questões que dificultam a vida da mulher nessa ascensão. Culturalmente mulheres, por terem chefes homens, a sua ascensão é associada a interesse e favorecimento pela beleza e não por inteligência. Uma mulher inteligente tem que provar dez vezes mais a sua capacidade de profissionalismo, de inteligência. Se é bonita vão associar que tudo que ela conseguiu foi porque ela era bonita. A capacidade é diminuída por conta de coisas que a pessoa não devia nem questionar. À mulher dificulta bastante. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

Evidencia-se a **difícil conciliação entre a carreira e a família** expressa pela docente, em um discurso naturalizado, em que a linguagem é utilizada para reforçar padrões de comportamentos sociais estereotipados como tipicamente masculinos ou femininos. Essa mesma linguagem deveria, isso sim, promover a reconstrução de novas identidades sociais visando à afirmação da igualdade e o respeito às diferenças na trama social dos gêneros. E com isso, o fato de as mulheres continuarem sendo responsáveis pelo cuidado da família, as leva a ter que intensificar o trabalho doméstico, fato que limita seu acesso à capacitação e informação necessária para uma melhor inserção laboral. (VALDIVIESO, 2009).

Para compreender o discurso que está por trás desse “ruído”, segundo o docente, “impregnado” na cabeça da própria mulher, vale citar o conceito de *habitus* de Bourdieu, segundo o qual é empregado como “direção de jogo”. O autor diz que *habitus* põe fim a contradição existente entre indivíduo e sociedade e significa um conjunto de disposições subjetivas, capazes ao mesmo tempo de estruturar representações e de gerar práticas, sendo

produto de uma história com suas condições objetivas que define a trajetória dos indivíduos como movimento único pelos campos sociais, tais como a família de origem, o sistema escolar ou o universo profissional. *Habitus*, portanto, se constitui a partir da relação entre as estruturas objetivas e das estruturas mentais incorporadas tanto nas instituições quanto nos indivíduos. Logo, a mulher docente, citada pelo esposo, vive um conflito causado pela incoerência entre o seu *habitus* e as novas demandas de trabalho e pessoais.

Não tô aceitando mais não, viu. Acho que por isso estamos em crise. Chega uma hora que cansa. Meu marido não faz nada dentro de casa. Exatamente nada. Se eu pedir muito, faz uma coisinha. Minha mãe criou meu irmão assim, ele não descasca uma laranja. E minha mãe fala pra mim: minha filha, é assim mesmo, homem não ajuda. Ela tem ainda essa cabeça. Apesar de eu não aceitar, eu sou contra, mas tem horas que eu aceito. Fico pensando que minha mãe tem razão, que não é certo brigar por isso. Será que ela tem razão? Será que eu sou errada? Será que sou diferente? (Jaci, Terapia Ocupacional, Brasil).

Mesmo tendo uma carga horária de trabalho extensa, por acumular as funções de docente e chefe de departamento, Jaci continua com toda a responsabilidade dos cuidados com o lar. E nesse contexto de muitas demandas e nenhuma participação do cônjuge, ela manifesta insatisfação, mas também conflito ao questionar se sua mãe não teria razão ao dizer que o homem não ajuda e que é assim mesmo, confirmando uma naturalização dos papéis. Percebe a si própria como alguém diferente, que está fugindo à norma social simplesmente por interrogar e sentir desconforto com a situação desigual vivida dentro do seu lar. Não tem certeza quanto aos seus questionamentos nem tampouco sobre o seu real papel na vida doméstica. Essa mesma docente foi a que referiu em relatos anteriores não perceber diferenças de gênero nem dentro da academia nem tão pouco fora dela, o que pode significar uma ausência de conhecimento acerca dos direitos das mulheres e da discussão histórica de gênero. As relações sociais entre homens e mulheres fora do trabalho, então, e seus respectivos estereótipos de papéis estruturam a divisão sexual do trabalho profissional. (KERGOAT, 2003).

Esse fato, evidencia as relações de poder ainda prementes dentro das famílias, causando conflitos e estresse nas relações familiares.

Outro dia eu ouvi um desabafo de uma professora: porra de feminismo, agora eu sou chefe, mas em casa eu faço tudo também, então eu somei. É claro que foi um discurso num momento de raiva, mas peraí a gente tá num momento que a gente tá só somando as funções. [...] e eu mesma tinha vezes que depois do meu marido cuidar da nossa filha eu dizia obrigada. Depois me toquei e disse: opa, peraí, obrigada nada. Parei. Pra ele ir no supermercado comigo é um dilema e o irmão fica questionando o porquê dele estar no supermercado de novo comigo. Nós temos carga horária de trabalho igual. Mas isso causa ainda um desconforto porque a gente não foi criada assim. E ainda há uma camada muito específica de mulheres que tem essa consciência, muito pequena. É uma grande caminhada. Cabe a nós trabalhar isso também nos

espaços de aprendizagem na universidade. Na PEC, a gente vê muito isso pela proximidade com a comunidade. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

Na América Latina, 47 das 100 maiores empresas da região não possuem uma única mulher em seu conselho de administração, segundo relatório publicado em maio de 2017 pela Corporate Women Directors International (CWDI), um grupo de pesquisa com sede em Washington. Elas representam apenas 6,4% dos assentos nos conselhos de administração destas grandes empresas da região – no Brasil, a média é de 6,3%. Essa desigualdade vem sendo associada à “preferência” feminina por dedicar mais tempo aos cuidados com os filhos e com o lar. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE mostrou que, de 2001 a 2013, a média de horas dedicadas pelas mulheres a tarefas domésticas, como cuidar dos filhos e limpar a casa, caiu de 26 para 20 por semana. No entanto, a média dos homens não oscilou e permaneceu em cinco horas. Além disso, 85% das mulheres se dedicam a estas tarefas, em contraste com os 45% dos homens que colaboram em casa. Segundo a publicação, mesmo aquelas mulheres que possuem alto grau de escolaridade, como mestrado e doutorado, dedicam mais horas ao trabalho doméstico que os homens, inclusive os que são apenas alfabetizados, a exemplo das docentes desta pesquisa relatadas neste tópico. Portanto, as mulheres conquistaram o mercado de trabalho, saindo de casa para trabalhar, mas, de uma maneira geral, os homens continuam não participando das tarefas de casa, mantendo a histórica relação de poder.

Com isso as mulheres se sentem pressionadas não só pelos cônjuges, mas também pelas instituições e empresas que pressupõe que elas devam se encarregar das obrigações do lar. Dentro dessa perspectiva, a professora Angelina relata sobre seu dilema quanto a conciliação do cargo de chefia com a maternidade.

Agora tô um bocadinho mais apaziguada comigo, mas no início não foi fácil. Eu ficava muitas vezes zangada comigo, porque a questão era comigo, foram escolhas minhas. E ao mesmo tempo eu não estava conseguindo corresponder da forma que eu sempre respondi. Eu antes de ser mãe não deixava nenhum prazo chegar ao fim, tudo que era solicitado no momento a seguir eu respondia, fazia tudo com muita rapidez. Quando tinha a ver com a parte burocrática eu tinha sempre tudo muito organizado. Não falhava nenhum prazo, não falhava em nada. Tinha todas as agendas na minha cabeça. Era quase um bocado obsessiva. Depois com a minha primeira filha já alterou um bocado a capacidade de trabalho e depois com a segunda e com a vice-presidência foi assim, foi avassalador. E então comecei a perceber que não conseguia fazer as noitadas que fazia, costumava trabalhar até tarde. Não conseguia cumprir prazos, antecipar então nem pensar. E durante muito tempo fiquei muito chateada e zangada comigo. Tinha a sensação de que não conseguia fazer nada direito. E já consigo algumas noites ir pra casa e não pegar em nada do trabalho. Mas foi uma luta comigo. Não mais abdicar de

estar com as meninas e meu marido. Foi muito difícil. (Angelina, Terapia Ocupacional, Portugal).

Evidencia-se a grande cobrança que a professora Angelina sentia ao exercer uma função de gestão, algo comum de se observar quando mulheres assumem cargos relevantes na hierarquia institucional. Elas costumam ser muito mais exigidas do que os homens, algo evidenciado no seu depoimento quando menciona ser um “bocado obsessiva”, “tinha todas as agendas na minha cabeça”, “fazia tudo com muita rapidez”, “não falhava em nada”. Tudo isso pode ter sido gerado pela cobrança social e institucional quanto ao fato de ser mulher e ter que, com isso, apresentar resultados mais efetivos para o seu trabalho desempenhado. E a partir do momento que suas filhas nasceram, algo se revela “avassalador”, por alterar sua capacidade de trabalho e com isso sentir muito sofrimento, pois, em regra geral, a maternidade é uma função prioritária na vida das mulheres ao lado da função profissional. A igualdade de importância dessas duas funções como promotoras da auto-realização feminina, faz com que a mulher, sintasse desconfortável diante da cobrança e necessidade de ser, ao mesmo tempo, mãe e profissional, desempenhando com competência esses dois papéis.

As sociedades, de um modo geral, elaboram e modificam suas leis de acordo com os seus interesses. Em algumas delas, o que se percebe é a sobreposição de interesses de uma classe ou um grupo. Apesar disso, observa-se o esforço consciente em promover algo em vários momentos entendido como distante do real sentido de justiça, a exemplo de países cuja legislação coloca homens e mulheres em patamares distintos. Tentando parecer igualitários, esses mesmos grupos, por vezes, reveem suas regras, gerando um ciclo de perdas e ganhos sociais, numa demonstração de certo “delírio social”, encontrado em “O sonho de um homem ridículo”:

[...] Cada um tornou-se tão cioso da sua individualidade que não fazia outra coisa senão tentar com todas as forças humilhar e diminuir a dos outros, e a isso dedicava a sua vida. Surgiu a escravidão, surgiu até a escravidão voluntária: os fracos se submetiam de bom grado aos mais fortes, apenas para que estes os ajudassem a esmagar os que eram ainda mais fracos que eles mesmos. Surgiram os justos, que chegavam a essas pessoas com lágrimas nos olhos e lhes falavam da sua dignidade, da perda da medida e da harmonia, da sua falta de vergonha. Riam deles ou os apedrejavam. Sangue santo correu na porta dos templos. Em compensação, surgiram pessoas que começaram a imaginar: como fazer com que todos se unam de novo, de modo que cada um, sem deixar de amar a si mesmo mais do que os outros, ao mesmo tempo não perturbe ninguém, e possam viver assim todos juntos como que numa sociedade cordata (DOSTOIÉVSKI 2011, 119).

Nesse excerto de Dostoiévski, encontra-se uma tentativa de interpretação do ir e vir dos direitos sociais que historicamente se reconfiguram. Dostoiévski explica de maneira poética a

total incoerência da vida humana em sociedade. É por conta dessa incoerência que os estudos de gênero buscam desconstruir ideias e normas que fundamentam a desigualdade de gênero, por exemplo. E aqui delimita-se uma posição: uma sociedade livre só será possível com um movimento feminista forte.

O novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta. (FOUCAULT, 2008). Portanto, finaliza-se a análise dos dados desta tese com a certeza de que muito se há por fazer para a verdadeira emancipação das mulheres, e resgata-se aqui algo dito na introdução: ainda que seja absurdo, a igualdade de direito pode até ser uma conquista legal, mas ainda não uma conquista de fato. Em pleno século XXI ainda se fala e se luta pelos direitos das mulheres. Ainda se grita para não se morrer. Sofre-se assédios morais, sexuais, vivencia-se violências físicas e psicológicas, ganha-se menos em muitas frentes de trabalho, e ainda cabe a elas o terceiro turno de trabalho.

Somado a isto, ressalta-se que a igualdade aqui apresentada tem a perspectiva de incluir a todos e todas que se sentem excluídos, diferentes e privados da “famigerada” igualdade de direitos. Toda a diversidade de identidades de gêneros deve ser respeitada, incluída e garantido o seu espaço na dinâmica social. Sabendo que todo sistema educacional é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, e que o excluído é produzido no discurso, cabe ao espaço educacional combater o silêncio e fomentar a justiça para cada ser na sua singularidade poder existir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paradigma transmissionista, ou melhor dizendo, o método de ensino aprendizagem tradicional viabilizado pela transmissão de informações, compromete a formação e, por vezes, não contempla o verdadeiro trabalho de um docente. Viu-se que o conhecimento é produzido a partir do engajamento mútuo entre professor e aluno, e para que isso aconteça é necessário o desenvolvimento de uma consistente relação acadêmica. Da mesma forma, o trabalho em saúde é uma imensa rede de encontros e de conversação, produzindo um bem que é imaterial, visto que a vida afetiva o integra. Logo, tanto à docência quanto a atividade em saúde constituem-se em um engajamento subjetivo, que envolve a mobilização de informações, mas apenas ganha sentido em atos, necessitando da interiorização do conhecimento, a partir da experiência.

Nesse sentido, o cuidado vai depender dos atos produzidos pelos trabalhadores de saúde, pois para que atendam às necessidades dos sujeitos é necessário o comprometimento ético-político, centrado no paciente, valorizando todas as dimensões de subjetividade. Esse é um grande desafio a ser enfrentado no processo de formação em saúde. Sendo assim, a abordagem de gênero tende a emergir como eixo do ensino por aportar não somente conhecimentos gerais e valores morais, mas também por ser essencial para que se garanta a qualidade da prática do cuidado.

A saúde, antes entendida como uma mera ausência de doença, passa a inserir, a partir do SUS, uma compreensão maior dos determinantes de saúde da população, e é definida pela OMS como “o completo bem-estar físico, mental e social”. O corpo biológico passa a ser também social. A partir desse momento histórico, o profissional precisa não só conhecer as técnicas e a forma de aplicá-las, mas também e, especialmente, buscar um novo olhar frente às demandas de saúde, pensando-a em suas interligações com variáveis distintas da sociedade (a comunidade, o bairro, o estilo de vida, o emocional, o lazer, o trabalho e outros). O resultado desse processo foi a ampliação da noção de direitos e do entendimento de que o cuidado é um lugar de manifestação e produção da subjetividade, da formação do desejo no campo social. Essa micropolítica no campo da saúde tem estabilidade suficiente para constituir uma determinada realidade organizacional. Portanto, os desafios dizem respeito tanto a macropolítica quanto a micropolítica, pois a intenção de mudar práticas socialmente construídas e consolidadas a partir de um conhecimento técnico-científico, no campo da saúde, atinge dimensões objetivas e subjetivas dos trabalhadores, dos usuários dos serviços, das instituições, da organização do trabalho e seus processos, do ensino e da formação dos profissionais de

saúde. As políticas de saúde incitaram, pois, modificações nas políticas de educação e iniciou-se a implementação de metodologias de ensino-aprendizagem diferenciadas nos mais variados espaços de formação. Esse processo teve como objetivo romper com as antigas metodologias tradicionais que outrora se basearam no ensino médico, com características cartesianas e pouco holísticas.

As experiências dos docentes do Brasil e de Portugal, investigadas nesta tese, encontram zonas de convergência, mas também divergem entre si, em virtude dos diferentes contextos sociais e institucionais marcados pelas especificidades dos dois países. Ambos mencionaram que as transformações no mercado de trabalho, tendo como foco as competências profissionais, suscitaram uma nova metodologia de ensino orientada pelas novas Diretrizes curriculares no Brasil e pelo Processo de Bolonha em Portugal. Consideraram que o dinamismo social e o rápido acesso à informação marcado pela Era da Informação, onde os avanços tecnológicos, a exemplo da internet, trouxeram “o mundo às nossas mãos em um simples clique”, foram cruciais nesse contexto de transformação. Portanto, fez-se necessário aprender a filtrar as informações para transformá-las em conhecimento. Dessa forma, entendeu-se que o aluno deveria participar ativamente do seu processo de formação, definindo seus próprios rumos, de maneira independente e com foco no estudo autodirigido.

A Metodologia Ativa, fruto dessa transformação, trabalha, então, com situações-problema advindas da realidade social, considerando a diversidade dos determinantes sociais de saúde, e vinculando os conteúdos trabalhados ao contexto da comunidade. Ela é utilizada de forma integral na realidade estudada no Brasil, seguindo o modelo da Aprendizagem Baseada em Problemas, e de forma híbrida em Portugal, onde há uma mescla de métodos ativos com momentos também de aulas expositivas. As duas realidades, tanto o uso integral do método quanto o uso híbrido, mostraram resultados positivos quanto a sua estratégia metodológica.

Percebe-se, nas duas realidades, potencialidades da Metodologia Ativa, a exemplo do desenvolvimento de alunos proativos, com comportamento de antecipação e de responsabilização pelas próprias escolhas; da habilidade de trabalhar em equipe, desenvolvendo o respeito às distintas opiniões, o que coaduna com a proposta de trabalho em redes e em equipes do sistema de saúde tanto brasileiro quanto português; o desenvolvimento de habilidades comunicativas com vistas a preparar o futuro profissional de saúde ao “encontro” com o paciente, por entender que o cuidado em saúde deve valorizar as chamadas qualificações tácitas. O cuidado em saúde é considerado um campo que não se restringe a dimensão profissional e/ou formal, se estende, outrossim, à família e/ou relações sociais de quem precisa

de cuidados e se dá na inter-relação entre saberes instrumentais e saberes práticos orientados por racionalidades distintas. Além disso, a aprendizagem, resultado da Metodologia Ativa, mostrou-se significativa, pois facilitou a ampliação e reconfiguração de ideias já existentes na estrutura mental do aluno tornando-o capaz de relacionar e acessar novos conteúdos.

Ainda que evidenciada muitas características de positividade, sugeriu-se algumas fragilidades do método, como por exemplo: a carga horária reduzida de ensino em sala de aula, fato que tem como consequência a diminuição do conteúdo teórico trabalhado; o processo avaliativo, que parece não ser capaz de identificar todas as nuances e multiplicidades que envolvem as novas qualificações para o trabalho em saúde, entendendo-se como delicado individualizar e avaliar objetivamente comunicação, comprometimento, autonomia, responsabilidade, bastiões do modelo da competência, sem tender para o subjetivo e para a personalização; a ausência de experiência prévia do aluno e docente; bem como a não vinculação do docente à sua área de especialidade, característica do método, justificado pelo fato de o docente não ter que dar respostas aos discentes, e sim estimular a busca e estudo autônomo dos mesmos.

Nesse sentido, a experiência com o método em questão tem demandado e possibilitado a reconstrução da identidade profissional dos docentes, na perspectiva de levar em conta os aspectos humanos, as interações sociais, as diversidades de gênero, as questões das desigualdades, para que o futuro profissional desenvolva essa sensibilidade no seu processo formativo. Os professores dos dois países estudados tiveram que ressignificar suas práticas profissionais por depararem-se com uma estrutura de ensino diametralmente oposta a tradicional e por fomentar o questionamento quanto às relações de poder e hierarquias entre professor e aluno presentes na academia. A metodologia questiona, pois, o papel tradicional do professor, antes detentor exclusivo do conhecimento, que se sente, a partir da reconfiguração metodológica, convidado a olhar para o outro com mais compaixão.

Por isso, ampliar o conhecimento com base em estudos centrados na abordagem de gênero em saúde, a partir da Metodologia Ativa, permite abrir caminhos para esse encontro com o outro na compreensão da evolução da sociedade e da convivência humana, além de reforçar os valores da cidadania e ampliar a perspectiva do profissional da área de saúde como cuidador.

Ainda que a transversalização do gênero nas práticas de educação e saúde, bem como em todas as políticas públicas seja algo premente/urgente, a discussão carece de mais atenção tanto no Brasil quanto em Portugal. Pois, apesar dos avanços sociais, direitos conquistados e qualificação intelectual das mulheres, persistem a naturalização dos “papeis de gênero” e a

distinção entre trabalho masculino e feminino. A presença da mulher tem aumentado significativamente no ensino superior e ultrapassado percentualmente o quantitativo de homens, realidade comum ao Brasil e a Portugal, e mesmo com os mais altos níveis educacionais, continuam enfrentando barreiras na sua ascensão profissional por questões relativas ao gênero. Evidencia-se que o gênero continua sendo um marcador social da diferença e os estereótipos a eles atribuídos ainda moldam as relações no trabalho e, com isso, reforçam o quantitativo diminuto de mulheres em cargos de poder. Ainda que, no ensino superior em saúde as mulheres estejam em maioria, não se distribuem igualmente entre os diversos cursos pela atribuição de significados às carreiras consideradas masculinas e femininas (segregação horizontal), sendo evidente a divisão sexual do trabalho, verificada pela naturalização de determinadas ocupações a partir das especificidades de gênero. Evidencia-se, também, uma dificuldade na progressão das mulheres aos cargos mais elevados da hierarquia institucional (segregação vertical), uma barreira invisível que as mulheres enfrentam para manter-se competitivas no mercado e também na academia, conhecida por “Teto de Vidro”. A carreira feminina e sua ascensão profissional tem sido, então, dificultada por aspectos socioculturais nem sempre muito perceptíveis.

Constatou-se, com isso, a existência de uma lacuna no campo educacional no que diz respeito a invisibilidade da categoria gênero. Muitos/as docentes não percebem a desigualdade de gênero na academia nem na sua vida pessoal, a despeito dos índices de igualdade de gênero do Brasil e Portugal ainda permanecerem alarmantes, evidenciando uma desigualdade especialmente na área econômica e nas funções relacionadas ao poder.

A maioria dos/as docentes, participantes desta pesquisa, diz não ter familiaridade com a temática de gênero. Esse fato foi evidenciado especialmente entre os/as docentes portugueses/as que demonstraram um distanciamento ainda maior do que o percebido no Brasil, no entendimento quanto à relevância da variável gênero na saúde. Não consideram, pois, como um assunto premente na sociedade, menos ainda, na formação em saúde. Não se observou, a partir de alguns relatos, uma assimilação da importância em se debater a temática de gênero no cotidiano das práticas acadêmicas, em uma argumentação pouco lógica justificada pela ausência de relação com a prática profissional da área da saúde. Mantém-se, pois, uma percepção de saúde distanciada do contexto geral, como se a formação do profissional devesse prioritariamente ao conhecimento técnico e especializado, apesar de alguns relatos considerarem o contexto social e a necessidade de vinculação com o conteúdo trabalhado em sala de aula. No entanto, o tema gênero ainda não foi reconhecido pelos mesmos docentes como algo que permeia as relações sociais e, consequentemente, os determinantes sociais de saúde,

mesmo que a sociedade portuguesa coexista em um ambiente ainda misógino e com poucos reconhecimentos para as identidades que “fogem à norma social”. É preciso investir na desconstrução desse discurso, ainda que essa luta não seja atual e sim desde que surgiu o movimento feminista, no entanto tudo isso só se efetiva no âmbito da prática e requer ainda muita luta.

No Brasil, os/as docentes estão inseridos em um contexto um pouco mais propício para o despertar às questões de gênero, em virtude da existência de um ambulatório de transexualização no campus de Lagarto, o que possibilitou a participação de vários departamentos, bem como favoreceu um olhar para a temática de gênero e sua vinculação com a saúde. Ainda que de forma incipiente, os/as docentes começaram a perceber o fato de que as práticas em saúde remetem a noção do cuidado e da escuta qualificada e, portanto, do reconhecimento genuíno do outro e das demandas da população em vulnerabilidade social, bem como os efeitos da discriminação de gênero.

A formação em saúde, em regra, é ainda muito clássica e tecnicista, e persiste um discurso biológico e de objetivação do processo de saúde. No entanto, evidencia-se que, no contexto da Metodologia Ativa, o vínculo com as práticas nas comunidades, bem como a multiplicidade de cenários de aprendizado e a aproximação da universidade com a comunidade, favorece uma melhor compreensão dos aspectos sociais por parte do profissional formado nesta realidade. Desta forma, o aluno pode observar em *locus*, por exemplo: a violência de gênero, uma realidade social ainda evidente, o que leva a vítima de violência à morte ou às sequelas físicas e emocionais; a dificuldade no acesso aos serviços de saúde por pessoas trans e homossexuais; a realidade de famílias com amálgamas muito diferentes daquelas vistas em estruturas familiares tradicionais, considerando que a família tem um significado central no processo de cuidado da Estratégia Saúde da Família (ESF); a realidade de mulheres grávidas sem condições físicas, emocionais e socioeconômicas de gerirem nem tampouco de criarem seus filhos; a percepção de que o cuidado em saúde é um campo que não se restringe a dimensão profissional e/ou formal, e sim se estende à família e às relações sociais de quem precisa de cuidados.

Percebeu-se, ademais, que a Metodologia Ativa favorece a inserção de novos conteúdos às aulas e a leitura crítica de fatores mediadores de gênero por suas características ligadas à flexibilidade, reflexão, criticidade e vinculação com o social. Não obstante, essa perspectiva é considerada professor-dependente, visto que depende do professor e não do método, no entendimento de que o docente carrega consigo não apenas seu conhecimento técnico-

científico, mas também sua sexualidade, seus preconceitos, seu *habitus* e sua visão de mundo, ou seja, seus múltiplos saberes. É preciso que haja disposição ou uma intenção para fazê-lo, pois esse fato está vinculado ao modo como cada um enxerga o outro e a si mesmo, bem como às representações que os professores constroem sobre seus objetos de trabalho em saúde.

Subentende-se que gênero esteja implicitamente presente nas políticas educacionais e, diante disso, os educadores e educadoras tem o papel de intervir nessa realidade, trazendo para a sala de aula a discussão sobre o respeito às diferenças, e, desta forma, contribuindo para a formação política do aluno, para com isso modificar substancialmente os conteúdos e as práticas de ensino na luta contra o sexismo, o racismo e a homofobia nos espaços educacionais. O Ensino Superior é um espaço privilegiado à realização de ações promotoras desse processo de desnaturalização das distinções de gênero e, exige do Brasil e de Portugal, um longo caminho na busca pela igualdade de gênero de fato.

REFERÊNCIAS

- ABREU, José Ricardo Pinto de. **Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas – necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas.** [Dissertação]. Porto Alegre: UFRS, 2009.
- ALAMBERT, Zuleika. **Feminismo: o ponto de vista Marxista.** São Paulo: Nobel, 1986.
- ALMEIDA, Miguel Vale de. O contexto LGBT em Portugal. In: NOGUEIRA, Conceição; OLIVEIRA, João Manoel. **Estudos sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de gênero.** Ed: Comissão para Cidadania e Igualdade de Gênero: Lisboa, 2010.
- ARRUDA, Maria da Conceição Calmon. Qualificação versus competência. **Boletim Cinterfor.** No. 149, mayo-agosto de 2000.
- ALSUBEL, David P; NOVAK, Joseph D; HANESIAN, Helen. **Psicologia educacional.** Tradução: Eva Nick. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- AURÉLIO. **O mini dicionário da língua portuguesa.** 4ª edição revista e ampliada do mini dicionário Aurélio. 7ª impressão. Rio de Janeiro, 2002.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface. **Comunic. Saúde. Educ.**, v.8, n.14, 73-92, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>. Acesso: 10 nov 2012.
- BALLARIN, P. *et al.* As mulheres e a história da Europa. In: **As mulheres na União Europeia: história, trabalho e emprego.** Rede de Estudos das Mulheres. Neograf Artes Gráficas, 1ª: Lisboa, 2005.
- BARROS, José. (2008). As hipóteses nas Ciências Humanas-Considerações sobre a natureza, funções e usos das hipóteses. Sísifo. **Revista de Ciências da Educação**, 7, PP. 151-162. Consultado em [ABRIL, 2009] em <http://sisfo.fpce.ul.pt>
- BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo: fatos e mitos.** Ed: Difusão Europeia do Livro/ São Paulo, 1970.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 2, p. 139-154, 1998.
- BLAY, Eva & CONCEIÇÃO, Rosana. A mulher como tema nas disciplinas da USP. In: **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.76, fev. 2006, p.50-56.

BORGES, Josefa Luzitânia de Jesus. **Representações do trabalho médico em saúde da família: algumas considerações sobre Brasil e Portugal**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2014.

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Simbólicas**. São Paulo: Editora Perspectiva S. A., p. 99, 1998.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: Ortiz, Renato (org.) **Pierre Bourdieu: Sociologia**. São Paulo: Ativa. 1983.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Educação. **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP**. Censo da Educação Superior. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior**. Orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Parecer CNE/CES nº583, de 4 de abril de 2001. Disponível em: www.portal.mec.gov.br. Acesso em: 22/06/2012, 11:54.

_____. **Ministério da Educação**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Censo Escolar de 2014**. Brasília: MEC, 2015. Disponível em: portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20264>. Acesso: 13 mai. 2015.

_____. **CNE/CEB**. Atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Brasília: CNE.CEB, 2011.

_____. **Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação Superior**. Parecer nº 1.33, de 07 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura, 2001.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. **Ministério da Saúde.** Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2014.

_____. **Ministério da Saúde.** Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 17 dez. 2014.

BUTLER, Judith. Escreve sobre sua teoria de gênero e o ataque sofrido no Brasil. **Folha de São Paulo**, 19 de novembro de 2017.

_____. (2003) **Problemas de gênero: feminismo e subversão da realidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CALDEIRA, Teresa. Justice and Individual Rights: Challenges for Women's Movements and Democratization in Brazil. In: Jaquette, J. & Wolchik, S. (ed.). **Women and Democracy: Latin American and Central and Eastern Europe.** Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press, 1998.

CALKINS, Norman Alisson. **Primeiras lições de coisas.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1886.

CANCIAN, Renato. **Feminismo: Movimento surgiu na Revolução Francesa.** UOL. São Paulo, 15 jul, 2013. Disponível em: <http://www.educacao.uol.com.br/feminismo>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

CHARLOT, Bernard. **A mistificação pedagógica: realidades sociais e processos ideológicos na teoria da educação.** Ed. Ver. E ampl. São Paulo: Cortez, 2013.

CYRINO, Eliana Goldfarb.; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública.** v. 20, p. 780-788, 2004.

COMENIUS, João Amós. **Didática Magna: tratado universal da arte de ensinar tudo a todos**. Tradução: Joaquim Ferreira Gomes. 5a. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006.

COUTINHO, Gilma Corrêa. **Metodologias ativas de ensino na graduação em terapia ocupacional: estratégias que possibilitam a integração das disciplinas no modelo departamental**. [Tese]. Chile: Universidad Del Mar, 2011.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos de discriminação racial relativas ao gênero. **Estudos Feministas**, 2002, vol.10, n.1, jan, 171-188.

CRUZ, Maria Helena Santana. **Mapeando diferenças de Gênero no Ensino Superior da Universidade Federal de Sergipe**. São Cristovão: Editora UFS, 2012.

_____. Dimensões do feminismo em Sergipe. In: **Cadernos Feministas de Economia & Política**. Recife: Casa da Mulher do Nordeste, n. 3, 2006, p.141-164.

_____. **Trabalho, gênero, cidadania: tradição e modernidade**. São Cristovão: Editora UFS, 2005.

CUNHA, Carolina. **Direitos femininos: uma luta por igualdade e direitos civis**. UOL. São Paulo, 20 set. 2013. Disponível em: <http://direitos-femininos-e-direitos-civis>>. Acesso em: 08 ago. 2015.

DELUIZ, Neise. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo**. Disponível em: <<http://www.senac.br/INFORMATIVO/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 25 maio 2006.

DE MASI, Domenico. **O ócio criativo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DEWEY, John. **Democracia y Educación: una introduccion a La Filosofia de La Educación**. Madri: Morata, 1998.

DIAS, Maria Aparecida. **O corpo na pedagogia Freinet**. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2012.

DOSTOIÉVSKI, Fiodor. **Duas narrativas fantásticas: a dócil e o sonho de um homem ridículo**. (Trad. Vadim Nikitin). (3ª edição, 128p.). São Paulo: Editora 34, 2011.

DUBAR, Claude. **Para uma teoria sociológica da identidade**. Porto: Universidade do Porto, 1997.

_____. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DURAND, Jean-Pierre. O modelo de competência: uma nova roupagem para velhas ideias. **Revista Latinoamericana de Estudos Del Trabajo**. Ano 7, n. 14, 2001, p. 203-228.

DURÃES, Sarah Jane Alves. **Sobre algumas relações entre qualificação, trabalho docente e gênero**. Educ. Soc., Campinas, v. 33, n. 118, p. 271-288, jan.-mar. 2012. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Nova Cultural, 1978.

DUTRA, Silvia; *et al.* **O conceito de competência e seus desdobramentos didático-pedagógicos na UNISINOS**. Disponível em: <http://unisinis.br/blogs/formacao-docente/files/2013/01/Ensino-por-competencias-na-Unisinis.pdf>. Acesso em: 11 de janeiro de 2018.

EIGE. **Gender Equality Index 2015: measuring gender equality in the European Union 2005-2012**. Disponível em <https://www.cig.gov.pt/201506/eige-publica-indice-de-igualdade-de-genero-2015>. [Consultado em (19/06/2017)].

ENNES, Marcelo Alario; MARCON, Frank. Das identidades aos processos identitários: repensando conexões entre cultura e poder. **Sociologia**: Porto Alegre, ano 16, nº35, jan/abr 2014, p.274-305.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECCIM, Ricardo Burg. Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.14, v. 1, p. 41- 65, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2012

_____. **História da sexualidade 2 – O uso dos prazeres**. 7ªed. Rio de Janeiro: graal, 1994.

_____. **Ética, sexualidade e política**. In: Motta, M. B. (org). Rio de Janeiro: Forense Universitária. P. 234-239. (Ditos e escritos, 5), 2004.

_____. **A ordem do discurso**. (Trad.: Laura Fraga de Almeida Sampaio.17. ed). São Paulo: Edições Loyola, 2008.

_____. “Mesa-redonda em 20 de maio de 1978”. In: **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. (3ª ed, p. 328-344) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GARCIA, Maria Manuela Alves. **Pedagogias críticas e subjetivação: uma perspectiva foucaultiana**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GONZE, Gabriela Guerra. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas** / Gabriela Guerra Gonze. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

GROSSI, Miriam Pillar. Identidade de gênero e sexualidade. In: **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis, 1998, p. 1-18.

HADDAD, Ana Estela et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. In: **Revista Saúde Pública**, n. 44 mar. 2010, p. 383-393.

HALL, Stuart. Quem precisa de identidade? In: SILVA, Tomáz Tadeu (Org). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 103-133.

_____. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

HIRATA, Helena. **Nova Divisão Sexual do Trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade**. São Paulo: Bomtempo Editorial, 2002.

_____. **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. SÃO PAULO: ATLAS, 2012. 236 p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. **Censo demográfico de 2010**. Características da população e do domicílio. Sergipe: 2010.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. O reconhecimento da diversidade sexual e a problematização da homofobia no contexto escolar. In: SEMINÁRIO CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE: discutindo práticas educativas, Rio Grande. **Anais**. Rio Grande, RS: Ed. da FURG, 2017.

JUNQUEIRA, Eliane Botelho. A mulher juíza e a juíza mulher. In: BRUSCHINI, Cristina et al (Orgs.) **Horizontes Plurais. Novos estudos no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1998, p. 135-161.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: EMÍLIO, Marli et al. (Orgs.). **Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as políticas públicas**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2003, p. 132-152.

LAMPERT, Jadete Barbosa. *et al.* Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n. (1 Supl. 1), p.19-34, 2009.

LARROSA, Jorge. A construção pedagógica do sujeito moral. In: SILVA, T. T. da (Org.). **Liberdades reguladas; a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu**. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 46-75.

LEON, Magdalena. La búsqueda del empoderamiento: en qué puede contribuir el campo de la educación. In: LEON, Magdalena (org.). **Poder y empoderamiento de las mujeres**. Um Faculdade de Ciências Humanas. Colômbia: 1997.

LIMA, G. A.; LINHARES, R. E. C. Escrever bons problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, p. 197-201, 2008.

LIMA, Licínio C. *et al.* O processo de Bolonha, a avaliação da educação superior e algumas considerações sobre a Universidade Nova. **Ver. Avaliação** (Campinas), vol.13, nº 1. Sorocaba Mar. 2008.

LOCKE, John. **Ensaio acerca do entendimento humano**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Coleção Os Pensadores).

LOURO, Guacira. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

LOURO, Guacira. **O corpo estranho. Ensaios sobre sexualidade e teoria *Queer***. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MACAULEY, Fiona. **Gender Politics in Brazil and Chile: the role of parties and national and local policymaking**. Hampshire/New York: Palgrave Macmillan, 2006.

MACEDO, Eunice; SANTOS, Sofia. Apenas mulheres? Situação das mulheres no mercado de trabalho em quatro países europeus. **Ex aequo**, (19), 129-155. Recuperado em 25 de junho de 2017, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602009000100011&lng=pt&tlng=pt. 2009.

MACHADO, Maria Helena et al. Tendências do mercado de saúde no Brasil. In: **Conferência Internacional sobre Recursos Humanos em Saúde**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.cosemsg.org.br/cosems/images/fbfiles/files/artigo_tendencias.pdf>. Acesso em 02 jul. 2015.

MARTELETO, Regina Maria; PIMENTA, Ricardo Medeiros. **Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação**. 01. ed. - Rio de Janeiro: Garamond, 2017.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEYER, Dagmar Estermann; BORGES, Zulmira Newlands. Limites e possibilidades de uma ação educativa na redução da vulnerabilidade à violência e à homofobia. **Ensaio: Aval. Pol. Publ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n.58, p.59-76, jan/mar.2008.

MEYERSON, Deyer; FLETCHER, Joyce. A modest manifest for shattering the glass ceiling. **Havard Business Review**, 78, 127-136.

MITRE, Sandra Minardi. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, n.(Supl 2), p.2133-44, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.

MINHO. Universidade do Minho. **Escola de Medicina**. Disponível em: <https://www.med.uminho.pt/pt>. Acesso: 14/03/2017.

MOURA, Gedeão Mendonça de. **O conceito marxiano de trabalho**. UFBA. Disponível em: <https://petsofiaufba.files.wordpress.com/2012/12/moura-gedec3a3o-o-conceito-marxiano-de-trabalho.pdf>. Acesso: 10 out. 2015.

NÓBREGA, Maílson da. Riscos dos freios à terceirização. **Veja**, São Paulo, n. 2.418, p. 24, 25 mar. 2015.

NOGUEIRA, Conceição; OLIVEIRA, João Manoel. **Estudos sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de gênero**. Ed: Comissão para Cidadania e Igualdade de Gênero: Lisboa, 2010.

OFFE, Claus. “Trabalho: a categoria-chave da sociologia?”. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. ANPOCS. Associação nacional de pós-graduação e pesquisa em ciências sociais, nº10, v.4, junho de 1989.

OLIVEIRA, Rosiska de. **Elogio da diferença. O feminismo emergente**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Gender disparities in mental health**. Washington: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. (2011).

PALHARINI, Cristiano. **Peer Instruction – Uma Metodologia Ativa para o Processo de Ensino e Aprendizagem**. 2012. Disponível em: Acesso em: 19 jun. 2013. REIS, Fábio

PESTALOZZI, Johann Heinrich. **Cartas sobre Educación Infantil**. Madri: Tecnos, 2006.

PENAFORTE, J. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S. *et al.* Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século XX: taylorismo, fordismo e toyotismo**. São Paulo: Expressão popular, 2007.

PISCO, Luís. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.16, n.6, pp. 2841-2852, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/22.pdf>. Acesso em: 13/04/2016.

PORTUGAL. **Gênero, território e ambiente: guia para *mainstreaming* de gênero.** Recuperado de <http://www.igualdade.gov>. Fevereiro, 2016.

ROSEMBERG, Fúlvia. Educação formal, mulher e gênero no Brasil contemporâneo. In: **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 515-540, 2001.

ROY, Lise. **O modo de ser trabalhadora na reestruturação produtiva.** Campinas: Atlas, 1999.

ROSE, Nikolas. *Inventing ourselves – Psychology, power and personhood.* Cambridge University Press: 1996.

ROUSSEAU, Jean Jacques. **Emilio ou Da Educação.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SAFIOTTI, Helleith. **O poder do macho.** São Paulo: Moderna, 1987.

SAFA, Helen. Women's Social Movements in Latin America. **Gender and Society**, v. 4, n. 3, p. 354-369, 1990.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Revista Educação e realidade**. Porto Alegre, v. 16. n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1996.

SEBASTIÃO, L.T.; GARCIA, V. L. Formação e educação na saúde. In: FERNANDES, F.D.M.; MENDES, B.C.A.; NAVAS, A.L.P.G.P. **Tratado de Fonoaudiologia**. 2ed. São Paulo: Roca, 2010.

SILVA, Alaíde Maria Morita Fernandes da. **Produção do cuidado em saúde e o serviço social.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2013.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SORJ, Bernardo. O feminismo na encruzilhada da modernidade. In: BRUSCHINI, Cristina et al (Orgs.). **Uma questão de gênero.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992, p.15-23.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional.** Petrópolis, R.J.: Editora Vozes, 2002.

TAVARES, Manuela. **Movimentos de mulheres em Portugal: décadas de 70 e 80.** Lisboa: Livros Horizonte, 2000.

TAYLOR, Lyn. **Mulheres precisariam de 217 anos para alcançar renda dos homens, diz estudo do Fórum Econômico Mundial.** Disponível em: <https://www.terra.com.br/economia/mulheres>. Acesso em: 22 de Jan de 2018

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): 585-597, 2005.

TIBURI, Marcia. Judith Butler: feminismo como provocação. **Revista Cult**. 2015. Set.

VALDIVIESO, Magdalena. Globalizacion, gênero, poder y critica feminista. In: GIRÓN, Alicia (Org.). **Género y globalización**. Buenos Aires: CLACSO, p. 27-52, 2009.

ZANOTTO, Maria; ROSE, Tania. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Rev Educação e Pesquisa**, v.29, n.1, p:45-54, 2003.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZITKOSKI, Jaime José; FREIRE, Paulo. **Educação**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006.

ZYLBERSTAJN, Hélio. Promover os terceiros para ser os primeiros. **Época**, São Paulo, n. 879, p. 70-72, 13 abr. 2015.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – Mestrado e Doutorado em Educação

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

PARTE A. INTRODUÇÃO AO TEMA

1. Como você descreve o ensino utilizado na sua instituição?
2. Como ocorreram as mudanças na formação? Como você lidou com elas na sua experiência docente?

PARTE B. METODOLOGIA ATIVA

1. Como definiria a Metodologia Ativa?
2. Na sua opinião quais foram as demandas sociais e educacionais que propulsionaram as metodologias ativas nos cursos de graduação em Saúde?
3. Como você vivencia o processo de formação com base na proposta de metodologias ativas nos cursos de Saúde?
4. Quais as potencialidades e fragilidades do método?
5. Necessitou de formação para atuar com o método?
6. A metodologia ajuda a formar um profissional realmente autônomo e apto a contribuir com o Sistema de saúde (SUS)?

PARTE C. GÊNERO

1. Impõe-se no atual momento histórico-cultural a humanização do processo de formação para o trabalho, contemplando a temática da diversidade de gênero em todos os níveis da educação. Qual a sua familiaridade com a temática de gênero?
2. Em que medida gênero é uma variável relevante na saúde? Na formação? Na profissão? (Você considera que gênero é uma das questões prioritárias para a qualidade das condições de saúde de cidadãos(as) portugueses/ brasileiros(as))?

3. De que forma o processo de formação em saúde mediado pela Metodologia Ativa contempla uma leitura crítica sobre fatores mediadores de gênero? (ajuda a vivenciar temáticas de gênero e sexualidade)?
4. As situações-problema utilizados nas sessões tutoriais para fomentar o aprendizado contemplam as abordagens da diversidade de gênero? De que forma? A Metodologia Ativa e o conteúdo programático das disciplinas, por você ministradas na graduação, possibilitam a inclusão da diversidade e da abordagem de gênero?
5. Temas como aborto, violência sexual e de gênero e transexualidade, por exemplo, pertencem às suas atividades docentes?
6. Como você atenderia, por exemplo, um transexual?
7. Percebe diferenças nas oportunidades de ascensão entre mulheres e homens na carreira/profissão?
8. Percebe relações de poder/hierarquia entre mulheres e homens e entre mulheres no trabalho?
9. Como você está orientando o discente no sentido de sensibilizá-lo às questões sociais?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
 nacionalidade _____, idade _____, estado
 civil _____, docente da Instituição de Ensino
 Superior _____, estou sendo convidado a participar
 de um estudo denominado: **EDUCAÇÃO, GÊNERO E SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE
 DOCENTES COM A METODOLOGIA ATIVA NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**,
 cujo objetivo é: compreender a experiência de docentes e discentes na formação superior em
 saúde mediado pela Metodologia Ativa, particularizando dimensões do objeto no campo da
 educação em Portugal, Brasil e em Sergipe.

A minha participação no referido estudo será no sentido de relatar a minha experiência na
 utilização do método em questão no ensino superior.

Fui alertado de que, a nossa entrevista será gravada, para facilitar a posterior análise do
 pesquisador, transcrita e em seguida apagada.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer
 outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu
 consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa,
 não sofrerei qualquer prejuízo.

A pesquisadora envolvida com o referido projeto é Roxane de Alencar Irineu e está sob
 orientação da Prof^a Isabel Menezes em Portugal, vinculada à Universidade do Porto (Faculdade
 de Psicologia e Ciências da Educação) e Prof^a Maria Helena Santana Cruz no Brasil, vinculada
 à Universidade Federal de Sergipe (Programa de Pós-Graduação em Educação) e com ela
 poderei manter contato pelo telefone 938.025020.

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o
 estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha
 participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido
 a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar,
 estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por
 minha participação.

_____, ____ de _____ de 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS LAGARTO – DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TUTORIAL E PRÁTICA DE SUBUNIDADE CURRICULAR

SUBUNIDADE CURRICULAR 04 – PERCEPÇÃO, CONSCIÊNCIA E EMOÇÃO

COORDENAÇÃO: Prof. Dr. Luis Felipe Souza da Silva

CARGA HORÁRIA – 120 HORAS

COORDENAÇÃO DO LABORATÓRIO: Profa. Dra. Giuliana da Rocha Borges

MANUAL DO TUTOR

EMENTA

Aspectos morfofuncionais dos sistemas sensoriais e nervosos; habilidades individuais em resposta a estímulos internos e externos; organização do sistema nervoso central e autônomo, neurotransmissores; Importâncias dos cinco sentidos, Aspectos que afetam a cognição e desenvolvimento neural; Doenças degenerativas do sistema nervoso.

TEMAS TRANSVERSAIS

Potencial de membrana; potencial de ação; introdução ao estudo morfológico dos músculos da cabeça e pescoço; controle do movimento; introdução ao estudo dos ossos da cabeça e coluna vertebral; estrutura e função das biomoléculas – carboidratos; acesso a saúde a população GLBT.

COMPETÊNCIAS/HABILIDADES

- Descrever os aspectos morfológicos dos ossos que protegem o sistema nervoso central (coluna vertebral e ossos da cabeça);
- Descrever a organização morfológica (macro e microscópica) e funcional do sistema nervoso;
- Entender os fenômenos responsáveis pela comunicação neural;
- Explicar o mecanismo de contração muscular;
- Descrever os principais músculos da cabeça e pescoço;
- Compreender os mecanismos envolvidos na percepção somatossensorial;
- Conhecer as áreas corticais de integração da dor, tato, percepção de estímulos térmicos e propriocepção;
- Descrever a organização morfofuncional da orelha interna;
- Entender a transdução das ondas sonoras pela orelha interna;
- Descrever a organização morfofuncional do olho;
- Discutir a fisiologia da visão;
- Discutir a fisiologia da gustação;
- Discutir como ocorre a percepção dos odores;
- Entender mecanismos fisiológicos envolvidos no controle do movimento voluntário e reflexo;
- Descrever as estruturas responsáveis pelo controle do equilíbrio e postura;
- Discutir a integração motora pelo sistema nervoso central;
- Explicar a fisiopatogenia do Parkinson;
- Descrever os reflexos espinais relacionados aos movimentos;
- Descrever a organização e fisiologia do sistema neurovegetativo (autônomo);
- Conhecer as áreas corticais envolvidas com o controle das emoções;
- Conhecer a estrutura e função dos carboidratos;
- Discutir o acesso a saúde para população GLBT;

CONTEÚDO

- Generalidades da anatomia dos ossos que protegem o sistema nervoso central (coluna vertebral e ossos da cabeça);
- Generalidades da anatomia e histologia do sistema nervoso central e periférico;
- Potencial de membrana e potencial de ação;
- Anatomia e histologia dos principais músculos da cabeça e pescoço;
- Contração muscular;
- Sentidos especiais: visão, audição, olfato e paladar;
- Controle do movimento;
- Organização do sistema nervoso central e autônomo;
- Neurotransmissores;
- Descrever a organização e fisiologia do SNA;
- Organização funcional do córtex;
- Estrutura e função das biomoléculas – carboidratos;
- Acesso a saúde a população GLBT.

METODOLOGIA

- Metodologias ativas;
- Palestras;
- Atividades práticas fundamentadas na demonstração e/ou simulação problematizadora.

RECURSOS DIDÁTICOS

.- Data show, quadro branco, pincel, computador e laboratórios.

MODOS E MEIOS DE AVALIAÇÃO

- .- Avaliação formativa (avaliação pelo tutor, auto-avaliação e avaliação pelo grupo);
- Avaliação somativa dos componentes do tutorial e da prática subunidade;
- Média final obtida a partir do cálculo: $(\text{Formativa tutor} \times 3,5) + (\text{Formativa autoavaliação} \times 0,25) + (\text{Formativa grupo} \times 0,25) + (\text{Somativa laboratório} + \text{tutorial} / 2 \times 0,6) / 10$.

REFERÊNCIAS

Literatura Básica

- AIRES, M. M. **Fisiologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- CHAMPE, P.C.; HARVEY, R.A.; FERRIER, D.R. **Bioquímica Ilustrada**. 4ª . Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- JUNQUEIRA, L.C. & CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- MACHADO, Â. B. M. **Neuroanatomia Funcional**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2002.
- MOORE, K.L.; DALLEY II, A. F.; AGUR, A. M.R. **Anatomia orientada para a clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- NELSON, D.L.; COX, M.M. **Princípios de bioquímica de Lehninger**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- SILVERTHORN, D. **Fisiologia Humana**, 5ª ed., Porto Alegre: Artmed Editora, 2010.
- SOBOTTA, J.; PUTZ, R.; PABST, R. **Atlas de anatomia humana**. 22. ed., rev. e atual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Literatura Complementar

- CARRARA, Sérgio; VIANNA, Adriana. "Tá lá o corpo estendido no chão": a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. *Physis*, Rio de Janeiro, 16(2), 2006, pp. 233-249.
- CURI, R.; ARAUJO FILHO, J. P. **Fisiologia básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- LENT, R. **Cem Bilhões de Neurônios**, 2ª ed., Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
- LIONÇO, Tatiana. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e

Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008 11
 NOLTE, J. **Neurociência**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
 OVALLE W.K.; NAHIRNEY P.C. **NETTER, Bases da Histologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
 PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013
 Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).
Política Nacional de **Saúde** Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (**LGBT**)
 ROSS, M.H.; PAWLINA, W. **Histologia – Texto e Atlas**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
 TORTORA, G J.; NIELSEN, M T. **Princípios de Anatomia Humana**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

Apresentação e Esclarecimentos

Prezado(a) Professor(a),

A Subunidade 04 foi organizada com cinco problemas. Nestes, abordaremos temas relacionados à ementa do módulo, além de aspectos relevantes à compreensão do funcionamento do sistema nervoso, não contemplados na ementa.

Os temas que não serão discutidos durante a atividade de tutorial serão abordados no formato de palestra.

As situações-problema foram elaboradas em formatos diferenciados a fim de diversificar a abordagem, desse modo leiam com atenção as instruções para a apresentação aos alunos.

É importante notar que a partir de agora alguns objetivos extraídos das situações-problema durante o tutorial serão trabalhados exclusivamente no Laboratório Morfofuncional, portanto, fiquem atentos para identificar quais são.

Neste manual, você encontrará:

- (1) Bibliografias utilizadas na discussão dos problemas. Todas aquelas inseridas como básicas podem ser obtidas junto a BiLag (Biblioteca do Campus Lagarto) ou estão disponíveis virtualmente em sites de periódicos;
- (2) Datas, horário e local das palestras;
- (3) Calendário de atividades e avaliações.
- (4) Os 5 problemas a serem utilizados em cada aula.
- (5) O check-list.

Este material foi elaborado pelos professores: Luis Felipe Souza da Silva, Adriana Gibara e Julianna da Rocha Borges.

No problema 05 contamos com a consultoria do Prof. Dr. Rodrigo Dornelas, DFOL e do estudante do curso de Medicina da UFS-LAG José Humberto Guimarães

CALENDÁRIO TUTORIAL/PRÁTICA DE MÓDULO

DEZEMBRO						
<u>DOM</u>	<u>SEG</u>	<u>TER</u>	<u>QUA</u>	<u>QUI</u>	<u>SEX</u>	<u>SAB</u>
				<u>01</u>	<u>02</u> <u>AB.P01.SUB04</u> <u>LAB 5 - SUB 3</u>	<u>03</u>
<u>04</u>	<u>05</u> <u>LAB 1 - SUB 4</u> <u>Esqueleto Axial</u>	<u>06</u> <u>AB.P01.SUB04</u> <u>LAB 1 - SUB 4</u>	<u>07</u> <u>AVALIAÇÃO 1</u> <u>LAB (TARDE)</u>	<u>08</u> <u>FECH.P01.SUB04</u> <u>LAB 1 - SUB 4</u>	<u>09</u> <u>AB.P02.SUB04</u> <u>LAB 1 - SUB 4</u>	<u>10</u>
<u>11</u>	<u>12</u> <u>FECH.P01.SUB04</u> <u>LAB 2 - SUB 4</u> <u>Sist. Nervoso I</u>	<u>13</u> <u>AB.P02.SUB04</u> <u>LAB 2 - SUB 4</u>	<u>14</u>	<u>15</u> <u>FECH.P02.SUB04</u> <u>LAB 2 - SUB 4</u>	<u>16</u> <u>AB.P03.SUB04</u> <u>LAB 2 - SUB 4</u>	<u>17</u>
<u>18</u>	<u>19</u> <u>FECH.P02.SUB04</u>	<u>20</u> <u>AB.P03.SUB04</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>
<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>	<u>29</u>	<u>30</u>	<u>31</u>
JANEIRO						
<u>DOM</u>	<u>SEG</u>	<u>TER</u>	<u>QUA</u>	<u>QUI</u>	<u>SEX</u>	<u>SAB</u>
<u>01</u>	<u>02</u>	<u>03</u>	<u>04</u>	<u>05</u>	<u>06</u>	<u>07</u>
<u>08</u>	<u>09</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>
<u>15</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>21</u>
<u>22</u>	<u>23</u> <u>FECH.P03.SUB04</u> <u>LAB 3 - SUB 4</u> <u>Sist Nervoso II</u>	<u>24</u> <u>AB.P04.SUB04</u> <u>LAB 3 - SUB 4</u>	<u>25</u> <u>PALESTRA</u>	<u>26</u> <u>FECH.P03.SUB04</u> <u>LAB 3 - SUB 4</u>	<u>27</u> <u>AB.P04.SUB04</u> <u>LAB 3 - SUB 4</u>	<u>28</u>
<u>29</u>	<u>30</u> <u>FECH.P04.SUB04</u> <u>LAB 4 - SUB 4</u> <u>Sist Nervoso III</u>	<u>31</u> <u>AB.P05.SUB04</u> <u>LAB 4 - SUB 4</u>				
FEVEREIRO						
<u>DOM</u>	<u>SEG</u>	<u>TER</u>	<u>QUA</u>	<u>QUI</u>	<u>SEX</u>	<u>SAB</u>
			<u>01</u> <u>PALESTRA</u>	<u>02</u> <u>FECH.P04.SUB04</u> <u>LAB 4 - SUB 4</u>	<u>03</u> <u>AB.P05.SUB04</u> <u>LAB 4 - SUB 4</u>	<u>04</u>
<u>05</u>	<u>06</u> <u>FECH.P05.SUB04</u> <u>LAB 1 - SUB 5</u> <u>Sist Genital</u> <u>Masculino</u>	<u>07</u> <u>LAB 1 - SUB 5</u>	<u>08</u> <u>PALESTRA</u>	<u>09</u> <u>FECH.P05.SUB04</u> <u>LAB 1 - SUB 5</u>	<u>10</u> <u>LAB 1 - SUB 5</u>	<u>11</u>
<u>12</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u> <u>AVALIAÇÃO</u>	<u>14</u>	<u>15</u>	<u>16</u>
<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>
<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>		

A avaliação do tutorial deverá ser comunicada pelo tutor.

Aberturas (terça ou sexta): 10:00 - 12:00 ou 13:00 - 15:00, 2h/turno.

Fechamentos (segunda ou quinta): 08:00 - 12:00 ou 13:00 - 17:00, 4h/turno.

Consultorias (terça ou sexta): 09:00 - 10:00 ou 15:00 - 16:00, 1 h/turno.

Laboratório (Segunda ou terça ou quinta ou sexta): 08:00 - 12:00 ou 13:00 - 17:00, 4h/turno.

CALENDÁRIO PALESTRAS

Local/Data	Tema	Palestrante
Cinema 25/01, às 8h00 e 10h00	Potencial de Membrana	Prof. Dr. Luís Felipe Souza da Silva
Cinema 01/02, das 8h00 as 12h00	Comunicação Neural	Profa. Dra. Giulianna da Rocha Borges
Cinema 08/02, às 8h00 e 10h00	Fisiologia da Dor	Prof. Dr. Luís Felipe Souza da Silva

PROBLEMAS

PROBLEMA 1

Neste problema encontraremos uma descrição de funcionamento do sistema nervoso por um cientista fictício. A intenção é criar um confronto de ideias entre o que era verdade no passado e o que reconhecemos com verdade hoje. Assim, durante a sessão de abertura é interessante que os estudantes questionem as informações contidas no texto. Com isso é esperado que eles consigam perceber que as conclusões de Oscar Zoroaster (OZ) estavam limitadas a capacidade investigativa do período, e que o nosso conhecimento e o que temos como verdade atualmente também está sujeito a mudanças. Deixo a sugestão para que durante o fechamento as informações de OZ sejam comparadas com o conhecimento atual.

Sobre o funcionamento do Sistema Nervoso, por Oscar Zoroaster (1677)

Nos últimos anos os estudos anatômicos de Vesalius permitiram um maior conhecimento do funcionamento de órgãos corporais. Neste sentido, no presente artigo explicarei o funcionamento do sistema nervoso com base na observação de sua organização morfológica^{1,2}.

O sistema nervoso tem como estrutura principal o cérebro, uma massa de tecido gorduroso de 1,3 kg, na qual reside toda consciência, emoções, imaginação, lembranças, sensações e capacidade de gerar movimentos². Contudo para que o cérebro consiga realizar tais funções é primordial que receba informações do ambiente externo e interno. Para tanto, a divisão periférica do sistema nervoso é formada por uma rede de tubos, os nervos, os quais captam informações sensoriais e transmitem, na forma de ondas³, até sua porção central, localizada no interior dos anéis ósseos da coluna vertebral. Uma vez que essas ondas foram reunidas nessa região, chamada de medula espinal, são levadas até o cérebro para serem processadas³. Entre o cérebro e a medula espinal encontramos uma região, ainda de função desconhecida, que os anatomistas denominaram de tronco encefálico e subdividiram em três partes distintas¹. Além disso, podemos observar unido ao tronco encefálico um pequeno cérebro, o qual tem função de auxiliar o cérebro principal em momentos de grande atividade. Uma vez que as informações alcançam o cérebro elas se tornam reais e permitem a tomada de decisões ou podem ser guardadas, como memória, em algum local ainda desconhecido no interior da massa cerebral.

Uma função importante do cérebro é a de controlar os músculos para iniciar movimentos em resposta aos estímulos ambientais. Para explicar como o cérebro controla os músculos podemos recorrer aos escritos de Descartes. Primeiramente devemos saber que os músculos são formados por grupos de pequenas saculações fusiformes preenchidas de líquido⁴. Assim, para que ocorra o movimento os líquidos presentes no interior dos ventrículos cerebrais são direcionados pelos nervos, os quais são ocos, até os músculos. A chegada do líquido no musculo causa o aumento do seu volume e consequente encurtamento, atraindo o membro ligado a ele⁵. Nesse mesmo momento todo o líquido do musculo oposto é drenado causando o seu alongamento e flacidez⁵. Assim, a causa dos movimentos é que os músculos se encolhem e seus opostos

se alongam⁵.

Tamanha engenhosidade não ocorre sem custo. Destarte, o sistema nervoso precisa de muita energia para manter suas funções. Toda essa energia é conseguida com a ingestão de moléculas de hidratos de carbono, o que pode explicar a nossa avidez pela ingestão alimentos açucarados em momentos de intensa atividade cerebral⁶. Acredito que o entendimento de sua estrutura⁶ pode nos ajudar a criar alimentos que melhorem nossas funções cognitivas.

Essa é uma breve descrição do funcionamento do sistema nervoso com base na sua organização anatômica conhecida. Espero poder em vida, vislumbrar a ciência comprovar minha hipótese.

Objetivos

1. Descrever a organização morfológica do sistema nervoso (anatomia e histologia - LABORATÓRIO);
2. Conhecer a organização funcional do Sistema Nervoso;
3. Entender a geração e condução da informação no Sistema Nervoso (PA geração e condução).
4. Entender a organização morfológica do musculo;
5. Discutir o mecanismo de contração muscular;
6. Compreender a estrutura química dos carboidratos, tipos e funções

CHECK LIST

1 - Descrever a organização morfológica do sistema nervoso (anatomia e histologia - LABORATÓRIO);

Esse objetivo será discutido a partir do segundo roteiro do laboratório

2 - Conhecer a organização funcional do Sistema Nervoso;

No laboratório ocorrerá uma abordagem mais detalhada da morfologia do Sistema Nervoso. Dessa forma, na sessão de fechamento, a discussão a respeito da organização morfofuncional do sistema nervoso deve se ater a uma breve descrição da organização do sistema nervoso correlacionando estrutura e função.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 9

Figuras: 9-7, 9-8, 9-9, 9-10, 9-11, 9-13, 9-15 e figura da página 309

(Funções do encéfalo). Texto relacionado às figuras.

3 – Entender a geração e condução da informação no Sistema Nervoso (PA geração e condução).

Como o PA é tema de uma das palestras, não será necessária sua discussão aprofundada durante o fechamento, podendo o grupo apenas enumerar os eventos. Contudo, a critério do tutor o tema pode ser trabalhado com mais detalhes.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 8; pag 261 – 263.

4 – Descrever a organização morfológica do músculo esquelético;

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 12; Figuras: 12-3, 12-4 e 12-5. Texto relacionado às figuras.

Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 6; pag – 112 a 113.

5 – Explicar o mecanismo de contração muscular.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 12; pag 412 – 420. Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 6; pag – 113 a 117.

6 - Compreender a estrutura química dos carboidratos, tipos e funções

- O que é um carboidrato;

Discutir as funções cetona e aldeído vai facilitar a discussão sobre a estrutura química dos carboidratos.

- Quatro classes principais de carboidratos: monossacarídeos, dissacarídeos, oligossacarídeos e polissacarídeos.

- 1) Monossacarídeos: aldoses e cetoses

Chamar atenção para a importância biológica das pentoses e hexoses.

- 2) Dissacarídeos: ligação o-glicosídica e n-glicosídica.

- 3) Oligossacarídeos: 3 – 12 unidades de monossacarídeos Ex. Maltodextrina

- 4) Polissacarídeos: homopolissacarídeos e heteropolissacarídeos.

- Os carboidratos possuem funções estruturais e outros são formas de estocagem de energia.

Chamar atenção para os principais polissacarídeos de armazenagem: amido e glicogênio.

Discutir como a celulose, um polissacarídeo estrutural, pode servir de fonte energética para alguns organismos.

Destacar a estrutura e função dos glicosaminoglicanos, pois essas moléculas vão aparecer em diversos conteúdos dos próximos módulos.

- Glicoconjugados: proteoglicanos, glicoproteínas e glicoesfingolipídeos.

Importante função sinalizadora, transporte de informação.

Referências bibliográficas:

1. Nelson, David L.; COX, Michael M. **Princípios de bioquímica de Lehninger**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Capítulo 7, páginas 243 a 273.

Obs: este é um livro mais denso e complexo que traz várias informações além do que está colocado aqui no check list, portanto o estudo deve ser focado nestes tópicos aqui descritos.

2. Champe, P. C.; Harvey, R. A.; Ferrier, D. R. **Bioquímica Ilustrada**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Capítulo 7, páginas 83-85.

PROBLEMA 2

Este problema consiste de 7 atividades práticas que tem por objetivo levantar algumas questões a respeito dos sentidos somáticos.

Os objetivos de cada teste são os seguintes:

- 1) **Teste da dor:** a ideia é chamar atenção dos alunos para as características da dor, tais como, intensidade, localização e diferença sensorial entre uma dor mecânica e térmica.
- 2) **Teste térmico:** da mesma forma que o primeiro e ideia é que o aluno caracterize os estímulos térmico. Neste caso é interessante fazer o aluno perceber que o estímulo ocorre antes do contato.
- 3) **Teste térmico:** neste é esperado que o aluno que chupou Halls tenha impressão que a água está gelada. Isso acontece pois o metol contido nas balas estimula os receptores térmicos de frio contidos na boca.
- 4) **Teste do tato:** os alunos perceberão que diferentes materiais produzem sensações táteis distintas. O aluno deve ser levado a pensar como conseguimos diferenciar tantas características sensoriais táteis. Isso ocorre devido à variedade de receptores táteis existente e da característica de ativação deles.
- 5) **Teste do tato:** nesse teste será avaliado a capacidade discriminativa de diferentes regiões do corpo. Assim ao tocar com as canetas nas costas provavelmente o aluno sentirá apenas um grande toque sem conseguir sem conseguir quantificar com precisão o número de canetas. No caso da mão a percepção da quantidade de canetas tende a ser mais precisa.
- 6) **Teste cinético:** neste teste serão avaliados os receptores musculares. Assim, ao mover um membro o aluno conseguirá perceber o novo posicionamento do membro de olhos vendados. Apesar de parecer obvio a percepção do posicionamento dos membros depende de receptores específicos localizados nos músculos e articulações. É interessante questioná-los como eles sabem onde seus membros estão sem ter que conferir visualmente a todo momento.
- 7) **Teste de pressão:** a pressão está relacionada a mais uma propriedade dos receptores táteis. Nesse teste os alunos perceberão que conseguem sentir a variação na intensidade do estímulo. Isso ocorre devido a um aumento na ativação dos mecanorreceptores táteis.

A PELE QUE SENTE

Apresentação: O presente problema foi estruturado na forma de algumas atividades

práticas. Sendo assim, é importante que o tutor traga ou solicite que os alunos providenciem os materiais necessários a execução das atividades. Os materiais são os seguintes:

- Agulha ou alfinete
- Fósforo ou isqueiro
- Copo descartável
- Água gelada e na temperatura ambiente
- Halls extra forte (preto)
- Algodão, pena e pincel (é possível escolher outros materiais com texturas diferentes).
- 3 a 5 canetas da mesma marca.

➤ Orientações para o coordenador:

Selecionar 1 aluno voluntário e vendar os olhos do mesmo e 1 aluno que executará as manobras (avaliador). Os demais alunos farão as observações.

Realizar os seguintes testes:

- 1) TESTE DA DOR – ALGESIA/NOCICEPÇÃO
- 2) TESTE DA TEMPERATURA – FRIO E CALOR
- 3) TESTE DA TEMPERATURA – FRIO E CALOR
- 4) TESTE DO TATO – ESTESIA
- 5) TESTE DO TATO – ESTESIA
- 6) TESTE CINÉTICO – POSTURAL
- 7) TESTE DA PRESSÃO – BARESTESIA

➤ Orientações para o aluno avaliador:

- 1) Com o auxílio de uma agulha e fosforo, estimular uma área do corpo do voluntário, provocando um estímulo doloroso leve. Pedir para que o voluntário caracterize cada sensação.
- 2) Estimular uma região do corpo do voluntário com um copo descartável contendo água gelada ou água quente. Pedir para que o voluntário caracterize a sensação.
- 3) Escolher dois voluntários: um deles deve comer um halls extra forte e o outro será o controle. Após ele terminar o halls os dois devem beber água e tentar descrever a temperatura da água.
- 4) Estimular uma região do corpo do voluntário com um chumaço de algodão, pena, pincel macio, etc. Pedir para que o voluntário caracterize a sensação.
- 5) Pegar algumas canetas, da mesma marca, e, variando a quantidade delas tocar/topar nas costas, braço e mãos dos voluntários. Pedir para o voluntário descrever o número de canetas que ele conseguiu sentir.
- 6) Posicionar o(s) membro(s) do voluntário em diferentes posições (flexão ou extensão) e lhe perguntar sobre as variações ocorridas.
- 7) Realizar pressão sobre músculos, pele, utilizando o dedo ou objeto rombudo. Pedir para que o voluntário caracterize a sensação/estímulo.

Objetivos:

- 1- Entender a organização e função do sistema somatossensorial.**
- 2- Conhecer os tipos de sensações somáticas e receptores sensoriais.**
- 3- Compreender os mecanismos (vias sensoriais) envolvidos na**

percepção da dor, tato, temperatura e propriocepção.

4- Conhecer as áreas de integração cortical da dor, tato, percepção de estímulos térmicos e propriocepção.

CHECK LIST

No caso dos sistemas sensoriais facilita muito ter em mente que o aluno deve, basicamente, entender os mecanismos de transdução (relação entre estímulo e receptores específicos), condução (vias sensoriais) e interpretação (áreas corticais).

1- Entender a organização e função do sistema somatossensorial.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 10; pag 335 a 339. Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 17; pag – 266 a 269.

2- Conhecer os tipos de sensação somática e receptores sensoriais.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 10; pag 344 a 346 e Capítulo 13; pag 450 a 454.
Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 17; Receptores táteis (pag – 269 a 270), Termorreceptores (pag - 272 a 273), Nociceptores (pag – 274) e Proprioceptores (pag – 280 - 283).

3- Compreender os mecanismos (vias sensoriais) envolvidos na percepção da dor, tato, temperatura e propriocepção.

Bibliografia:

Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 17; Tato e propriocepção (via da coluna dorsal) e dor e temperatura (Sistema antero-lateral) pag – 266 a 269.

4- Conhecer as áreas de integração cortical da dor, tato, percepção de estímulos térmicos e propriocepção.

Bibliografia:

Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 17; pag – 269 a 272. Silverthorn – Capítulo 10; pag 343 a 344.

PROBLEMA 3

Neste problema a intenção foi aguçar a curiosidade dos estudantes durante a abertura. Para isso, o problema deve ser iniciado e após o segundo parágrafo faça uma pausa e apresente o vídeo. Após o vídeo o problema foi construído com uma série de afirmações a respeito dos sentidos especiais. Uma sugestão para abertura é que os estudantes tentem explicar essas afirmações ou mesmo transforma-las em

perguntas. Façam eles se questionarem o motivo de não terem visto o urso do vídeo, mesmo tendo a visão perfeita.

VOCÊ VIU O QUE VI

Apresentação: O presente problema é composto por uma parte textual e um vídeo (link no problema). Como o vídeo é parte do problema deverá ser visto na sessão de abertura.

Olá Alunos do primeiro Ciclo de tutorial! Gostaria que vocês abrissem sua mente. Pois irei confundi-los com algumas informações.

NADA EXISTE ATÉ QUE VOCÊ PERCEBA. ASSISTA AO VÍDEO E ENTENDAM O QUE ESTOU FALANDO.

(vídeo - <https://www.youtube.com/watch?v=FzeXeXR9cCs>)

Na verdade, o mundo real é uma mera interpretação consciente de fenômenos físicos e químicos do que está acontecendo a todo o momento ao seu redor. Por exemplo, posso lhe dizer que o som da minha voz que está ouvindo agora é formado por ondas de compressão e rarefação de ar^{1,2}. Além disso, que sua orelha interna está cheia de líquido que ajuda você a ouvir essas ondas^{1,2}. Você tem ideia de que só consegue ver os objetos desta sala, com suas cores, porque os mesmos refletem a luz?³ Melhor ainda, é saber que uma vitamina pode ajudar a enxergar melhor no escuro³. Coma um morango ou uma coxinha ao chegar em casa, e partículas químicas serão captadas por estruturas especiais na sua língua e te farão sentir o gosto desses alimentos⁴. Da mesma forma, partículas químicas lançadas no ar farão você sentir o cheiro de uma rosa, o perfume da pessoa amada ou o odor acre de um ônibus lotado no fim do dia⁵.

Agora, imagine se você fosse incapaz de captar algum desses estímulos. Essas coisas passariam a não existir. O seu mundo real seria sem som ou imagem, você conseguiria comer jiló com a mesma facilidade que come uma maçã e perfumes caríssimos seriam como frascos de água.

Lembre-se está tudo na sua cabeça.

Se nada disso lhe deixar intrigado, provavelmente sua curiosidade já foi perdida. E isso é péssimo, meu amigo.

Objetivos:

- 1 – Conhecer a organização morfofuncional da orelha interna.**
- 2 – Entender a transdução das ondas sonoras pela orelha interna.**
- 3 – Discutir a fisiologia da visão.**
- 4 – Discutir a fisiologia da gustação.**
- 5 – Discutir como ocorre a percepção dos odores.**
- 6 – Conhecer as diferentes regiões corticais responsáveis pela interpretação desses sentidos.**

CHECK LIST

Da mesma forma que no problema anterior, sobre sentidos especiais o aluno deve, basicamente, entender os mecanismos de transdução (relação entre estímulo e receptores específicos), condução (vias sensoriais) e interpretação (áreas corticais).

1 – Conhecer a organização morfofuncional da orelha interna.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 10; Figuras: 10-18 e 10-21. Texto relacionado às figuras.

2 – Entender a transdução das ondas sonoras pela orelha interna.

Neste objetivo o foco principal deve ser a transdução do estímulo sonoro e início da via sensorial (nervo vestibulococlear). Não há necessidade de se discutir com detalhes a via auditiva.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 10; pag 355 a 361. Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 19; pag – 288 a 297.

3 – Discutir a fisiologia da visão.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 10; pag 371 a 378. Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 21; pag 313 - 330.

4 - Discutir a fisiologia da gustação.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 10; pag 352 a 353. Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 20; pag 300 - 303.

5 – Discutir como ocorre a percepção dos odores.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 10; pag 349 a 351. Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 20; pag 303 - 308

6 – Conhecer as diferentes regiões corticais responsáveis pela interpretação desses sentidos. (Este objetivo provavelmente será integrado na discussão dos anteriores)

PROBLEMA 4

Este problema segue os modelos que estamos acostumados e trata, basicamente, do controle do movimento. Uma sugestão é que após a leitura do problema peçam para um estudante sentar na mesa, de modo que fique com as pernas pendendo. Depois disso, o tutor ou um dos alunos deve bater, levemente no seu tendão patelar. Se o procedimento for feito de modo correto a perna desse estudante irá mover-se para frente. Em um segundo momento peça o aluno tentar manter a perna firme e, novamente realize o procedimento de percussão do tendão. Desta vez é esperado que o estudante voluntariamente consiga impedir o reflexo de acontecer. Peça para que discutam.

DOCES LEMBRANÇAS

Mais uma vez estou aqui sentada na beirada da cama com as pernas pendendo, enquanto espero o início do meu exame neurológico. Quem me vê agora não imagina que já fui uma bailarina famosa nos anos 70. Lembro-me do início, na escola de dança, treinando exaustivamente cada passo. Como era difícil executar um movimento novo, eu precisava pensar que músculo deveria ser contraído e relaxado². Além disso, manter o equilíbrio e a postura enquanto se está dançando é um desafio à parte³. Vocês podem não acreditar, mas diferentes partes do cérebro são necessárias para realizar movimentos voluntários e a postura e equilíbrio^{2,3}. O mais impressionante era que, após dias de treino, toda a série de movimentos se tornava automática e eu precisava apenas começar a dançar que tudo acontecia naturalmente. Se você lembrar-se da época em que aprendeu a andar de bicicleta, ou a tocar um instrumento, sabe bem como é esta sensação. Minha professora de dança dizia que isso era devido a capacidade de integração motora que meu sistema nervoso havia adquirido⁴. Queria que vocês me vissem dançando um dia!!!

Mas já não sou uma menina, e desde a descoberta do Parkinson, o controle dos meus movimentos não é mais minha especialidade⁵. É impressionante como a falta de uma substância em uma área tão específica do nosso cérebro pode fazer um estrago tão grande⁵. O médico está vindo com o martelinho na mão para testar meus reflexos¹. Ele bate levemente abaixo do meu joelho e vejo minha perna se mover sem que eu tenha feito nada para isso¹. O mesmo acontece quando o outro joelho é percutido¹. Não vou ficar incomodando vocês com essas coisas de hospital. Prefiro que vocês gastem seu tempo dançando.

Objetivos:

- 1 – Descrever os reflexos espinais relacionados aos movimentos (foco no reflexo miotático).**
- 2 – Explicar os mecanismos fisiológicos de controle do movimento voluntário.**
- 3 – Descrever as estruturas responsáveis pelo controle do equilíbrio e postura.**
- 4 – Discutir a integração motora pelo sistema nervoso central.**
- 5 – Conhecer a função dos núcleos da base e a fisiopatogenia do Parkinson.**

CHECK LIST

- 1 – Descrever os reflexos espinais relacionados aos movimentos (foco no reflexo miotático).**

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 13; pag 450 a 455.

- 2 – Explicar os mecanismos fisiológicos de controle do movimento voluntário.**

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 13; pag 457 a 462. Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 22; pag – 334 a 335.

- 3 – Descrever as estruturas responsáveis pelo controle do equilíbrio e postura.**

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 13; pag 457 a 462. Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 22; pag – 334 a 335.

4 – Discutir a integração motora pelo sistema nervoso central.**Bibliografia:**

Silverthorn – Capítulo 13; Figura: 13-11. Texto relacionado à figura. Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 22; Figura: 22-1. Texto relacionado à figura.

5 – Conhecer a função dos núcleos da base e a fisiopatogenia do Parkinson.**Bibliografia:**

Silverthorn – Capítulo 13; pag 462.

Guyton & Hall. Tratado de Fisiologia Médica (11ª Ed.) – Capítulo 56; pag 711

PROBLEMA 5**LIBERDADE DE GÊNERO**

- Giselle, que curativo é esse na testa?
- Uns caras me bateram.
- Como foi isso menina?
- Estávamos eu e Beto passeando no calçadão a noite, quando um grupo de rapazes mexeu comigo, me chamando de gostosa e coisas do tipo. Continuamos andando. Eles continuaram provocando. A coisa piorou mesmo quando um deles percebeu que eu sou trans. Uma garrafa caiu do meu lado e quando virei eles já corriam em nossa direção. Nem deu tempo de fugir. Eram uns oito marmanjos dando socos e chutes. Foi tudo muito rápido.
- Covardes.
- Kelly você precisava ver o meu estado. Era uma mistura de medo⁴ e raiva⁴ tão grande, que meu coração só faltava pular do peito, minha boca estava seca e as mãos suavam^{1,2,3}. Beto me olhava suas pupilas estavam dilatadas^{1,2,3}. Aí ele falou que precisávamos ir à unidade de saúde, por que eu estava sangrando.
- Você não percebeu que estava machucada? ⁵
- Kelly, acredita que na hora não senti dor alguma! ⁵
- Você devia estar com o sangue quente.
- Sangue quente fiquei na UBS. Você sabe dos problemas de acesso para nós em alguns ambientes públicos, né? ⁶ Ainda tem muita discriminação e despreparo no acolhimento da população Trans⁶. Insistiam em me tratar por pronomes masculinos, misturam sexo com gênero e ainda insinuaram que provoquei os agressores.
- É uma pena isso ainda acontecer com a gente.
- Fiquei tão nervosa que precisaram me dar um remédio para desacelerar o coração³. Um tal de beta bloqueador³. Deu certo meu coração pelo menos parou de bater tão forte no peito.
- Nessa hora Beto estava onde?
- Ele foi um fofu ficou do meu lado o tempo todo. Não tenho mais dúvidas do que ele sente por mim⁴. 🥰

Objetivos:

1. Descrever a organização do SNA.
2. Discutir a fisiologia do sistema nervoso autônomo.
3. Descrever os receptores e neurotransmissores do SNA. Os alunos podem extrapolar para o mecanismo de ação dos beta bloqueadores.
4. Descrever as áreas corticais envolvidas no controle das emoções.
5. Entender o mecanismo responsável pela analgesia endógena
6. Discutir o direito a saúde para à população Trans (pode estender a GLTB)

CHECK LIST

- 1- Descrever a organização do SNA.
- 2- Discutir a fisiologia do sistema nervoso autônomo.
- 3- Descrever os receptores e neurotransmissores do SNA. Os alunos podem extrapolar para o mecanismo de ação dos beta-bloqueadores.

De modo geral os objetivos 1,2 e 3 podem ser encontrados em um único capítulo em diferentes livros de fisiologia.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 11; pag 386 - 397. Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 24; pag 347 - 351.

- 4- Descrever as áreas corticais envolvidas no controle das emoções.

Bibliografia:

Silverthorn – Capítulo 11; pag 321 - 327.

- 5- Entender o mecanismo responsável pela analgesia endógena

Margarida (4ª Ed.) – Capítulo 17; pag 274 - 275.

- 6- Discutir o direito a saúde para à população Trans (pode estender a GLTB).

CARRARA, Sérgio; VIANNA, Adriana. "Tá lá o corpo estendido no chão": a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. *Physis*, Rio de Janeiro, 16(2), 2006, pp. 233-249.

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n2/v16n2a06.pdf>

LIONÇO, Tatiana. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.2, p.11-21, 2008 11

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003

PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013

Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

<http://cedsrrio.com.br/public/pdf/71.pdf>

Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf